


Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: ○ ⊗ ○.
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus,
ungefähr so: ○ ● ⊗.

Ziffern sollen ungefähr so aussehen: , Korrekturen so: 



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
im Rahmen unseres studentischen Projektes der Hochschule Coburg, im Studiengang Integrative Gesundheitsförderung, soll mittels eines Fragebogens erfasst werden, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen Stress und Craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) gibt.
Unser Fragebogen richtet sich an alle volljährigen Patienten der Praxis Dr. Pampel mit der Diagnose CMD, die frei von psychiatrischen Erkrankungen sind und nicht unter Einnahme von Psychopharmaka stehen. Außerdem sollten die Teilnehmer den Inhalt der Befragung verstehen können (ausreichende Deutschkenntnisse) und einwilligungsfähig sein.
Ziel der Befragung ist es, einen Zusammenhang zwischen Stressbelastung und CMD herzustellen.
Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten.
Durch die Teilnahme an dem Fragebogen können Sie dazu beitragen, dass in weiterer Zusammenarbeit gegebenenfalls zukünftig gesundheitsförderliche Handlungsempfehlungen zur Prävention und Behandlung von CMD entwickelt und den Patienten empfohlen werden können.
Sie können sicher sein, dass alle Daten anonym erhoben werden und die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf ihre Person zulassen.

Dieser Fragebogen dient der genaueren Erforschung von CMD und wird von Ihrem Zahnarzt Dr. Pampel empfohlen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen entweder online, oder in Papierform aus. Den Papierfragebogen geben Sie bitte zeitnah in der Praxis Dr. Pampel ab.

Soziodemografische Angaben

Alter: (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 999 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> sonstige <input type="text"/>
Familienstand:	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> sonstige <input type="text"/>
Eigene Kinder:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebenssituation:	<input type="radio"/> alleine lebend <input type="radio"/> mit Partner/Ehepartner lebend <input type="radio"/> bei den Eltern lebend <input type="radio"/> in Wohngemeinschaft lebend
Konfession:	<input type="radio"/> evangelisch <input type="radio"/> katholisch <input type="radio"/> keine Konfession <input type="radio"/> sonstiges <input type="text"/>
Schulabschluss:	<input type="radio"/> noch in Schulausbildung <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Abitur/Fachhochschulreife <input type="radio"/> kein Schulabschluss
Berufsabschluss:	<input type="radio"/> noch in Ausbildung <input type="radio"/> Lehre <input type="radio"/> Meister/Fachschule <input type="radio"/> Fachhochschule/Universität <input type="radio"/> ohne Berufsabschluss



Arbeitszeitmodell:	<input type="radio"/> Schichtdienst <input type="radio"/> nicht berufstätig <input type="radio"/> sonstiges 	<input type="radio"/> Tagesdienst
Finanzielle Situation:	<input type="radio"/> sehr zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> zufrieden

Selbsteinschätzung zur Freude

In den letzten Wochen...

	Niemals	Sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Meistens	Immer
...war ich froh und guter Laune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbsteinschätzung zu Stress

	Fast immer	Oft	Manchmal	Fast nie
Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben viele Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben Angst vor der Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fürchten Ihre Ziele nicht erreichen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich frustriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich angespannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich ausgeruht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich mental erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben Probleme sich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich ruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben das Gefühl Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben Spaß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie sind leichten Herzens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie sind voller Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich sicher und geschützt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben zu viel zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben genug Zeit für sich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich unter Termindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie fühlen sich gehetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S. & Klapp, B.F.

Soziale Unterstützung

Wie häufig steht Ihnen folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung?



	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
Jemand, der Ihnen hilft, wenn Sie bettlägerig sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Ihnen zuhört, wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Sie zum Arzt bringt, wenn es nötig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Ihnen Liebe und Zuneigung zeigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, mit dem Sie zusammen Spaß haben können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Ihnen Informationen gibt, um Ihnen beim Verstehen der Situation zu helfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, dem Sie vertrauen und dem Sie Ihre Probleme anvertrauen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Sie umarmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, mit dem Sie sich zusammen entspannen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Sie mit Essen versorgt, wenn Sie dazu nicht fähig sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, dessen Rat Ihnen wirklich wichtig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, mit dem Sie etwas unternehmen können, wenn Sie krank sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, mit dem Sie etwas unternehmen können, um sich abzulenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der tägliche Erledigungen übernimmt, wenn Sie krank sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, dem Sie Ihre persönlichsten Sorgen und Befürchtungen mitteilen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, an den Sie sich um Hilfe im Umgang mit persönlichen Problemen wenden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, mit dem Sie etwas Erfreuliches unternehmen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Ihre Probleme versteht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, den Sie lieben und der Ihnen das Gefühl gibt, geliebt und gebraucht zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der Ihnen eine beträchtliche Geldsumme leiht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von wie vielen Menschen können Sie solche Formen der Unterstützung erwarten? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 999 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
© Donald CA, Ware JE: The measurement of social support. In: Greenley R HW: Research in Community and Mental Health. 325-370, JAI Press, Greenwich, 1984					

Angaben zur bisherigen Entspannungspraxis

Bitte geben Sie an, welche Methoden Sie zur persönlichen Entspannung anwenden:	
Ich praktiziere folgende(s) Entspannungsverfahren: (Mehrfachantworten möglich.)	<input type="checkbox"/> Meditation <input type="checkbox"/> Traumreise <input type="checkbox"/> Achtsamkeit <input type="checkbox"/> Progressive Muskelentspannung <input type="checkbox"/> Tai-Chi <input type="checkbox"/> Qi-Gong <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Weitere <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Mannschaftssport <input type="checkbox"/> Krafttraining <input type="checkbox"/> Ausdauersport <input type="checkbox"/> Weitere <input type="text"/>



<p>Ich nutze folgende soziale Kontakte zur Entspannung: (Mehrfachantworten möglich.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe/Gesprächskreis <input type="checkbox"/> Weitere </p>
<p>Ich praktiziere weitere Tätigkeiten zur Entspannung: (Mehrfachantworten möglich.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Denksport (z.B. Sudoku, Schach) <input type="checkbox"/> Weitere </p>
<p>Ich konsumiere folgende Mittel zur Entspannung: (Mehrfachantworten möglich.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Weitere </p>
<p>Ich wäre bereit, die Einnahme meiner Mittel zur Entspannung zu beenden, wenn mir eine vertretbare Alternative empfohlen werden würde</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Wie oft üben Sie Ihre Entspannungsmethode aus</p>	<p><input type="radio"/> (Fast) Täglich <input type="radio"/> 4-5 mal pro Woche <input type="radio"/> 2-3 mal pro Woche <input type="radio"/> 1 mal pro Woche <input type="radio"/> unregelmäßig</p>
<p>Ich habe vor, weiterhin regelmäßig oder häufig Entspannungsübungen zu praktizieren</p>	<p><input type="radio"/> Stimmt <input type="radio"/> Stimmt nicht</p>
<p>Ich habe vor, weiterhin gelegentlich Entspannungsübungen zu praktizieren</p>	<p><input type="radio"/> Stimmt <input type="radio"/> Stimmt nicht</p>
<p>Ich habe nicht vor, weiterhin Entspannungsübungen zu praktizieren</p>	<p><input type="radio"/> Stimmt <input type="radio"/> Stimmt nicht</p>
<p>Ich praktiziere keine Entspannungsmethode</p>	<p><input type="radio"/> Stimmt <input type="radio"/> Stimmt nicht</p>

