



CRAFTA®

CRANIO
FACIAL
THERAPY
ACADEMY

c/o Fortbildung in Hamburg
Wandalenweg 14-20
D-20097 Hamburg
Tel. +49-40-73595060
Fax: +49-40-234522
website: www.CRAFTA.org

Der 'Facial Disability Index'

(Neu formatiert mit Genehmigung der Autoren © Van Swearingen und Bach, 1996, für Veröffentlichung und Vertrieb)

Bitte suchen Sie die passendste Antwort auf die folgenden Fragen, die sich auf Probleme mit der Funktion Ihrer Gesichtsmuskulatur beziehen. Denken Sie bei jeder Frage an die Funktion **im vergangenen Monat**.

Physische Funktion

- 1. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten, Essen im Mund zu behalten, im Mund zu bewegen oder in der Backe zu behalten?**

Normalerweise:	Ich habe normalerweise nicht gegessen wegen:
5 <input type="radio"/> keine Schwierigkeiten	1 <input type="radio"/> Gesundheit
4 <input type="radio"/> geringe Schwierigkeiten	0 <input type="radio"/> anderen Gründen
3 <input type="radio"/> einige Schwierigkeiten	
2 <input type="radio"/> große Schwierigkeiten	

- 2. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten, aus einer Tasse zu trinken?**

Normalerweise:	Ich habe normalerweise nicht getrunken wegen:
5 <input type="radio"/> keine Schwierigkeiten	1 <input type="radio"/> Gesundheit
4 <input type="radio"/> geringe Schwierigkeiten	0 <input type="radio"/> anderen Gründen
3 <input type="radio"/> einige Schwierigkeiten	
2 <input type="radio"/> große Schwierigkeiten	



CRAFTA®

CRANIO
FACIAL
THERAPY
ACADEMY

c/o Fortbildung in Hamburg
Wandalenweg 14-20
D-20097 Hamburg
Tel. +49-40-73595060
Fax: +49-40-234522
website: www.CRAFTA.org

3. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten, beim Sprechen bestimmte Laute zu formen?

Normalerweise:	Ich habe normalerweise nicht gesprochen wegen:
5 <input type="radio"/> keine Schwierigkeiten	1 <input type="radio"/> Gesundheit
4 <input type="radio"/> geringe Schwierigkeiten	0 <input type="radio"/> anderen Gründen
3 <input type="radio"/> einige Schwierigkeiten	
2 <input type="radio"/> große Schwierigkeiten	

4. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten damit, dass Ihr Auge extrem trännte oder trocken war?

Normalerweise:	Mein Auge trännt normalerweise nicht:
5 <input type="radio"/> keine Schwierigkeiten	1 <input type="radio"/> Gesundheit
4 <input type="radio"/> geringe Schwierigkeiten	0 <input type="radio"/> anderen Gründen
3 <input type="radio"/> einige Schwierigkeiten	
2 <input type="radio"/> große Schwierigkeiten	

5. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten beim Zähneputzen oder beim Mundausspülen?

Normalerweise:	Ich hatte keine Schwierigkeiten wegen:
5 <input type="radio"/> keine Schwierigkeiten	1 <input type="radio"/> Gesundheit
4 <input type="radio"/> geringe Schwierigkeiten	0 <input type="radio"/> anderen Gründen
3 <input type="radio"/> einige Schwierigkeiten	
2 <input type="radio"/> große Schwierigkeiten	



CRAFTA®

CRANIO
FACIAL
THERAPY
ACADEMY

c/o Fortbildung in Hamburg
Wandalenweg 14-20
D-20097 Hamburg
Tel. +49-40-73595060
Fax: +49-40-234522
website: www.CRAFTA.org

Soziale Funktion / Wohlbefinden

6. Welchen Teil der Zeit haben Sie sich ruhig und zufrieden gefühlt?

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 6 | <input type="radio"/> die ganze Zeit | 5 | <input type="radio"/> die meiste Zeit |
| 4 | <input type="radio"/> einen guten Teil der Zeit | 3 | <input type="radio"/> einige Zeit |
| 2 | <input type="radio"/> einen kleinen Teil der Zeit | 1 | <input type="radio"/> gar nicht |

7. Welchen Teil der Zeit haben Sie sich von den Leuten um Sie herum isoliert?

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | <input type="radio"/> die ganze Zeit | 2 | <input type="radio"/> die meiste Zeit |
| 3 | <input type="radio"/> einen guten Teil der Zeit | 4 | <input type="radio"/> einige Zeit |
| 5 | <input type="radio"/> einen kleinen Teil der Zeit | 6 | <input type="radio"/> gar nicht |

8. Welchen Teil der Zeit waren Sie reizbar gegen die Menschen um Sie herum?

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | <input type="radio"/> die ganze Zeit | 2 | <input type="radio"/> die meiste Zeit |
| 3 | <input type="radio"/> einen guten Teil der Zeit | 4 | <input type="radio"/> einige Zeit |
| 5 | <input type="radio"/> einen kleinen Teil der Zeit | 6 | <input type="radio"/> gar nicht |

9. Wie oft sind Sie früh oder mehrmals während der Nacht aufgewacht?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | <input type="radio"/> jede Nacht | 2 | <input type="radio"/> die meisten Nächte |
| 3 | <input type="radio"/> einen guten Teil der Nächte | 4 | <input type="radio"/> einige Nächte |
| 5 | <input type="radio"/> einen paar Nächte | 6 | <input type="radio"/> gar nicht |

10. Wie oft hat Sie Ihre Gesichtsfunktion davon abgehalten, zum Essen auszugehen oder an familiären oder sozialen Ereignissen teilzunehmen?

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | <input type="radio"/> die ganze Zeit | 2 | <input type="radio"/> die meiste Zeit |
| 3 | <input type="radio"/> einen guten Teil der Zeit | 4 | <input type="radio"/> einige Zeit |
| 5 | <input type="radio"/> einen kleinen Teil der Zeit | 6 | <input type="radio"/> gar nicht |