

KLINISCHER FUNKTIONSTATUS

der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik
und -therapie (DGFD) in der DGZMK

Name, Vorname, Geburtsdatum	Praxisstempel
Patientennummer	
Untersuchungsdatum	

ANAMNESE (VORGESCHICHTE)

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung bei:

	ja	nein
Zahnarzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopäde? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? Wenn ja, welcher Art? _____

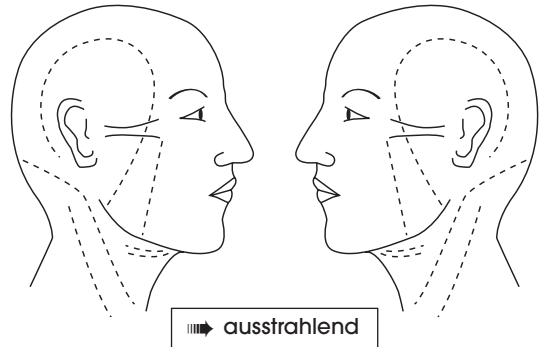
Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich? ja nein

Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am

Kopf (allgemein)?	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfen?	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrbereich/Kiefergelenke?	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken?	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter?	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (z.B. Wirbelsäule, andere Gelenke)?			<input type="checkbox"/>

wo? _____

Ort und Ausbreitung der Schmerzen/Beschwerden



Qualität des Schmerzes (z. B. dumpf, stechend): _____

Zeitpunkt des Schmerzes:

morgens <input type="checkbox"/>	im Laufe des Tages <input type="checkbox"/>
abends <input type="checkbox"/>	bestimmter Anlass <input type="checkbox"/>

Dauer des Schmerzes: _____ Minuten _____ Stunden

Häufigkeit des Schmerzes:

täglich <input type="checkbox"/>	1-2 mal/Woche <input type="checkbox"/>
1-2 mal/Monat <input type="checkbox"/>	seltener <input type="checkbox"/>

Wann traten die Beschwerden erstmals auf? _____

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					stärkster vorstellbarer Schmerz					

Wie stark beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Leistungsfähigkeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht					sehr stark					

Sind/waren Kauen <input type="checkbox"/> , Kieferöffnung <input type="checkbox"/> , Kieferschluss <input type="checkbox"/> , und/oder eine andere Unterkieferbewegung <input type="checkbox"/> (_____) behindert (1) oder schmerzhaft (2)?	ja	nein
Kauen Sie bevorzugt auf der linken <input type="checkbox"/> , rechten <input type="checkbox"/> Seite oder beidseitig? <input type="checkbox"/>		
Kiefergelenkgeräusche links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> seit _____		<input type="checkbox"/>
Sind die Zähne bzw. ist das Zahnfleisch schmerzhaft oder empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passen die Zähne richtig aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen ein Taubheitsgefühl im Kopf-/Gesichtsbereich (auch Zungen-/Gaumenbrennen) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Angaben zur Anamnese

BEFUNDE

1. KIEFERGELENK

1.1 Palpation

(0 = unauffällig, 1 = Missempfindung, 2 = Schmerz)

	re	li
Kiefergelenk von lateral		
Kiefergelenk von dorsal		

1.2 Auskultation

Geräusche: ja nein (R = Reiben, K = Knacken)

re Öffnen li

re Schließen li

R	K		R	K		R	K		R	K
					initial					
					intermediär					
					terminal					
					intermediär					
					terminal					
					initial					

2. MUSKULATUR

(0 = unauffällig, 1 = Missempfindung, 2 = Schmerz)

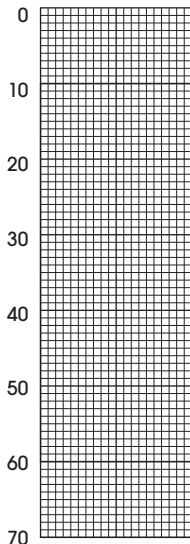
Palpation	re	li
M. temporalis Pars anterior		
M. temporalis Pars media		
M. temporalis Pars posterior		
Sehne M. temporalis		
M. masseter superficialis, Ursprung		
M. masseter superficialis, Muskelbauch		
M. masseter superficialis, Ansatz		
Regio postmandibularis		
Regio submandibularis		
Regio M. pterygoideus lateralis		
Subokzipital-/Nackmuskulatur		

3. MOBILITÄT DES UNTERKIEFERS

(0 = unauffällig, 1 = Missempfindung, 2 = Schmerz)

	mm	re	li
Kieferöffnung aktiv			
Kieferöffnung passiv			
RL			
LL			
P			
R			

P = Protrusion
R = Retrusion



4. KIEFERRELATION UND OKKLUSION

4.1 Horizontale Kieferrelation

Gleiten zentrische Okklusion/habituelle Okklusion:

ja nein

mm	mm	mm	mm
re	Mitte	li	vertikal

4.2 Vertikale Kieferrelation

unauffällig erhöht zu niedrig

4.3 Okklusion

4.3.1 Statische Okklusion

(+ = Kontakt, + - = schwacher Kontakt, - = kein Kontakt, x = fehlender Zahn)

ZO																		
HO																		
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
HO																		
ZO																		

ZO = zentrische Okklusion

HO = habituelle Okklusion

4.3.2 Dynamische Okklusion

FZ = Frontzahn, PM = Prämolare, M = Molare

	FZ	PM re	PM li	M re	M li
RL					
LL					
P					

5. WEITERE BEFUNDE

- Abrasionen/Attrition
- keilförmige Defekte
- Zungenimpressionen
- Wangenimpressionen
- andere _____

WEITERE DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

- Manuelle Strukturanalyse
- Orthopädisches Screening
- Psychosoziales Screening
- Instrumentelle Funktionsanalyse
- Instrumentelle Okklusionsanalyse
- Konsiliarische Untersuchung
 - Magnetresonanztomographie
 - Computertomographie
 - Arthroskopie
 - Kieferorthopädie
 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - Orthopädie
 - Rheumatologie
 - Innere Medizin
 - Neurologie
 - Psychosomatische Medizin
 - andere _____

INITIALDIAGNOSE(N)

THERAPIE

Initialtherapie

- Okklusionsschiene/Art _____
- Physikalische Therapie
 - Massage
 - Wärmerotherapie Kältetherapie
 - Elektrotherapie _____
 - Manuelle Therapie
 - Bewegungsübungen
- Medikamentöse Therapie _____
- Entspannungsübungen
- andere _____

Weitere Therapie

- Einschleifmaßnahmen
- Restaurative/Prothetische Therapie
- Dauerschienen
- Psychosomatische Therapie
- Kieferorthopädie
- Kieferorthopädische Chirurgie
- Kiefergelenkchirurgie
- andere _____

