

KLINISCHER FUNKTIONSTATUS

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

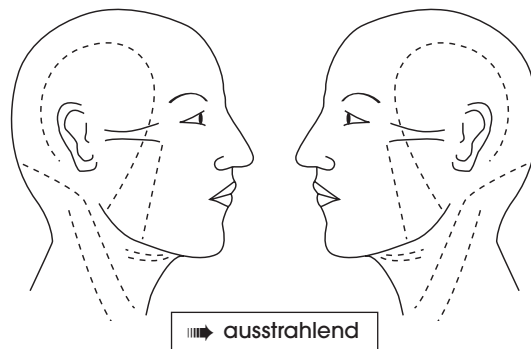
Name, Vorname, Geburtsdatum	Praxisstempel
Patientennummer	
Untersuchungsdatum	

ANAMNESE (VORGESCHICHTE)

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung bei:	ja	nein
Zahnarzt? _____	☐	☐
Kieferorthopäde? _____	☐	☐
Arzt? _____	☐	☐
Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? Wenn ja, welcher Art? _____	☐	☐
Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich? _____	☐	☐
Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am		
Kopf (allgemein)?	li ☐	re ☐
Schläfen?	li ☐	re ☐
Ohrbereich/Kiefergelenke?	li ☐	re ☐
Nacken?	li ☐	re ☐
Schulter?	li ☐	re ☐
Andere (z.B. Wirbelsäule, andere Gelenke)? wo? _____	☐	☐

Ort und Ausbreitung der Schmerzen/Beschwerden



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

Zeitpunkt des Schmerzes:

morgens ☐ im Laufe des Tages ☐
abends ☐ bestimmter Anlass ☐

Dauer des Schmerzes: _____ Minuten _____ Stunden

Häufigkeit des Schmerzes:

täglich ☐ 1-2 mal/Woche ☐
1-2 mal/Monat ☐ seltener ☐

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

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					

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-/Nackenmuskulatur		

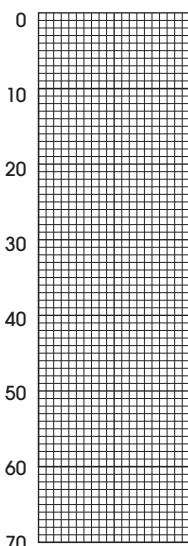
3. MOBILITÄT DES UNTERKIEFERS

(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
- ☐ Zungenimpressionen
- ☐ andere
- ☐ keilförmige Defekte
- ☐ Wangenimpressionen

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
 - ☐ Wärmetherapie
 - ☐ Kältetherapie
 - ☐ Elektrotherapie
 - ☐ Manuelle Therapie
 - ☐ Bewegungsübungen
- ☐ Medikamentöse Therapie
- ☐ Entspannungsübungen
- ☐ andere

Weitere Therapie

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

Beiblatt zum Klinischen Funktionsstatus

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

Name, Vorname, Geburtsdatum	Praxisstempel
Patientennummer	
Untersuchungsdatum	

Der Klinische Funktionsstatus wurde am _____ auf dem Formblatt erhoben.

Es wurde dem Krankenblatt zur Dokumentation beigelegt.

Die GOZ-Positionen

8000 ☐ 8010 ☐ 8020 ☐ 8030 ☐ 8035 ☐ 8050 ☐ 8060 ☐ 8065 ☐ 8080 ☐ 8090 ☐ 8100 ☐

wurden aus folgender Indikation durchgeführt:

- ☐ Funktionelle Vorbehandlung bei
 - ☐ funktionell bedingten Zahn-, Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen, die mit hinreichendem Verdacht auf Okklusionsstörungen beruhen
 - ☐ Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen, die mit Dysgnathien verbunden sind
 - ☐ Parodontopathien, wenn ungleichmäßige Belastungsverhältnisse die Erkrankung ungünstig beeinflussen
 - ☐ Gebissanierungen, wenn die zentrische Okklusion durch Veränderungen in der horizontalen und/oder vertikalen Kieferrelation und/oder die Frontzahnführung verloren gegangen ist
- ☐ Diagnostik und Operationsplanung bei kieferorthopädischen und/oder kieferchirurgischen Behandlungen
- ☐ Umfangreiche restaurative und prothetische Versorgungen im Rahmen der definitiven Therapie zur Rekonstruktion und Erhaltung des Gebisses
- ☐ Adjuvante zahnärztliche Maßnahme bei multifaktoriell bedingtem chronischen Schmerz

PLANUNG/THERAPIE:

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

F = Füllung
K = Krone/Teilkronen

T = Teleskopkrone
f = fehlender Zahn

B = Brückenglied
E = ersetzter Zahn

H = Halteelement
) = Lückenschluss

☐ **SONSTIGE INDIKATION** BEGRÜNDUNG: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____