

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

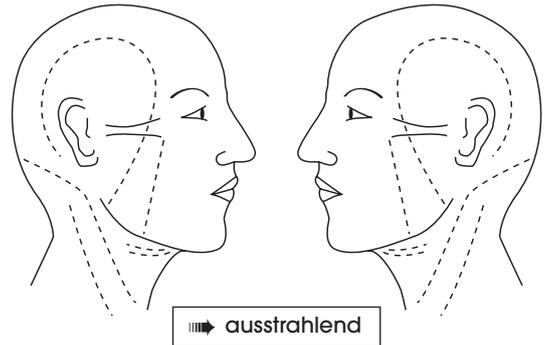
Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? Wenn ja, welcher Art? _____

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)? wo? _____			<input type="checkbox"/>

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					
					initial					

2. MUSKULATUR

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

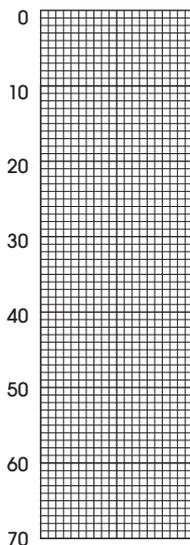
Palpation	re	li
M. temporalis Pars anterior		
M. temporalis Pars media		
M. temporalis Pars posterior		
Sehne M. temporalis		
M. masseter superficialis, Ursprung		
M. masseter superficialis, Muskelbauch		
M. masseter superficialis, Ansatz		
Regio postmandibularis		
Regio submandibularis		
Regio M. pterygoideus 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 _____

Beiblatt zum Klinischen Funktionsstatus

der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik
und -therapie (DGFD) 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
 - 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 Versorgungsmaßnahmen 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/Teilkrone

T = Teleskopkrone
f = fehlender Zahn

B = Brückenglied
E = ersetzter Zahn

H = Halteelement
)X = Lückenschluss

SONSTIGE INDIKATION BEGRÜNDUNG: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____