

KLINISCHER FUNKTIONSSTATUS

der Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre in der DGZMK

Name, Vorname, Geburtsdatum	Praxisstempel
Patientennummer	
Untersuchungsdatum	

ANAMNESE

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung bei: ja nein

Zahnarzt? _____ ja nein

Kieferorthopäde? _____ ja nein

Arzt? _____ ja nein

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

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

Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am

Kopf (allgemein)? li re

Schläfen? li re

Ohrbereich/Kiefergelenke? li re

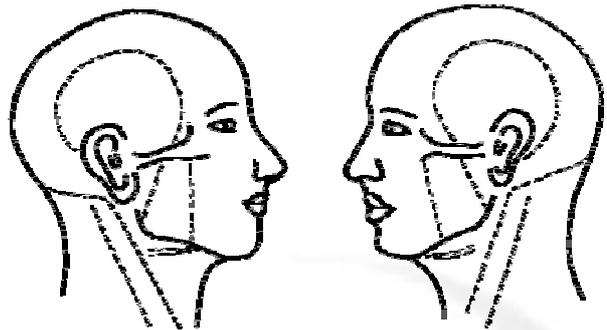
Nacken? li re

Schulter? li re

Andere (z. B. Wirbelsäule, andere Gelenke)?

wo? _____

Ort und Ausbreitung der Schmerzen/Beschwerden



= ausstrahlend

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

Ist Ihre momentane Lebenssituation durch Stress belastet?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

gar nicht

sehr stark

Sind/waren Kauen , Mundöffnung , 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. 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		

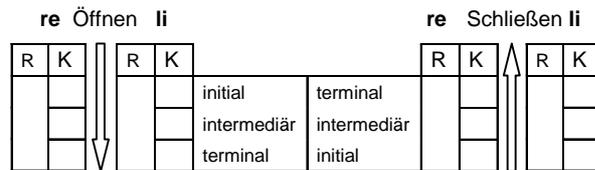
1.2 Kompression/Traktion in der Statik

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

	re	li
Kompression nach kranial		
Traktion nach kaudal		

1.3 Auskultation

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



1.4 Kompression in der Dynamik (Mundöffnung)

(+ = stärker bzw. später, 0 = unverändert, - = schwächer bzw. früher)

	re	li
Geräuschintensität		
Geräuschzeitpunkt		

2 MUSKULATUR (Palpation/Isometrie)

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

Palpation	re	li
M. temporalis		
M. masseter		
Regio postmandibularis		
Regio submandibularis		
Subokzipital-/Nackenmuskulatur		
Isometrie		
Mundöffnung		
Kieferschluss		
RL		
LL		

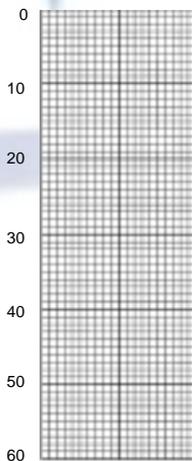
RL = Rechtslateralbewegung
LL = Linkslateralbewegung

3 MOBILITÄT DES UNTERKIEFERS

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

	mm	re	li
Mundöffnung aktiv			
Mundöffnung passiv			
RL			
LL			
P			
R			

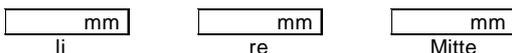
P = Protrusion
R = Retrusion



4 KIEFERRELATION UND OKKLUSION

4.1 Horizontale Kieferrelation

Gleiten zentrische Okklusion/habituelle Okklusion: ja nein



4.2 Vertikale Kieferrelation

unauffällig erhöht zu niedrig

4.3 Okklusion

4.3.1 Statik

(+ = 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 Dynamik

FZ = Frontzahn, PM = Prämolare, M = Molare

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

5 WEITERE BEFUNDE

- Abrasionen keilförmige Defekte
- Zungenimpressionen Wangenimpressionen
- andere _____

WEITERE DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

- Graded Chronic Pain Status
- Instrumentelle Funktionsanalyse
- Instrumentelle Okklusionsanalyse
- Konsiliarische Untersuchung
 - Magnetresonanztomographie
 - Computertomographie
 - Arthroskopie
 - Kieferorthopädie
 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - Orthopädie
 - Rheumatologie
 - Innere Medizin
 - Neurologie
 - Psychosomatische Medizin
 - andere _____

VERDACHTSDIAGNOSE

THERAPIE

Initialtherapie

- Okklusionsschiene/Art _____
- Physikalische Therapie
 - Massage
 - Wärme- 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 Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre 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

800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810

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 Versorgung 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 T = Teleskopkrone B = Brückenglied H = Halteelement
 K = Krone/Teilkrone f = fehlender Zahn E = ersetzter Zahn)(= Lückenschluss

Sonstige Indikation Begründung: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____