

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

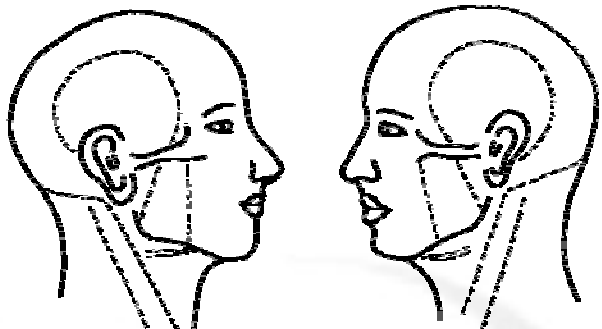
Nacken? li re

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

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: _____