

# 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

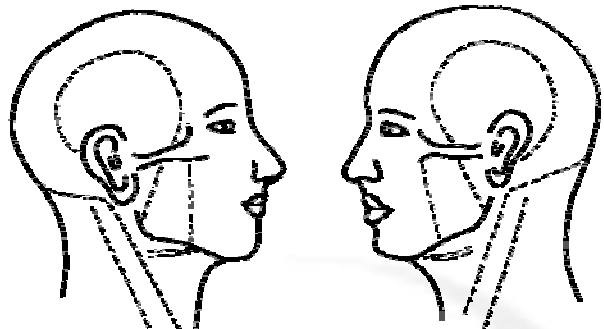
Nacken?      li  re

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

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?  ja  nein

Passen die Zähne richtig aufeinander?  ja  nein

Liegt bei Ihnen ein Taubheitsgefühl im Kopf-/Gesichtsbereich (auch Zungen-/Gaumenbrennen) vor?  ja  nein

### WEITERE ANGABEN ZUR ANAMNESE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# BEFUNDE

## 1 KIEFERGELENK

### 1.1 Palpation

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

	re	li
Kiefergelenk von lateral		
Kiefergelenk von dorsal		

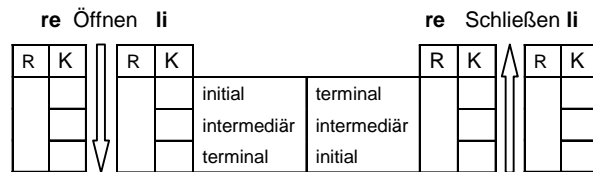
### 1.2 Kompression/Traktion in der Statik

(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)

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

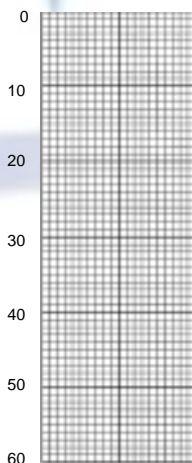
RL = Rechtslateralbewegung  
LL = Linkslateralbewegung

## 3 MOBILITÄT DES UNTERKIEFERS

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

	mm	re	li
Mundöffnung aktiv			
Mundöffnung passiv			
RL			
LL			
P			
R			

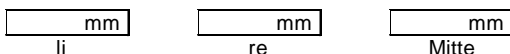
P = Protrusion  
R = Retrusion



## 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 = Molar

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

Sonstige Indikation      Begründung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_