KLINISCHER FUNKTIONSSTATUS

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?

_____

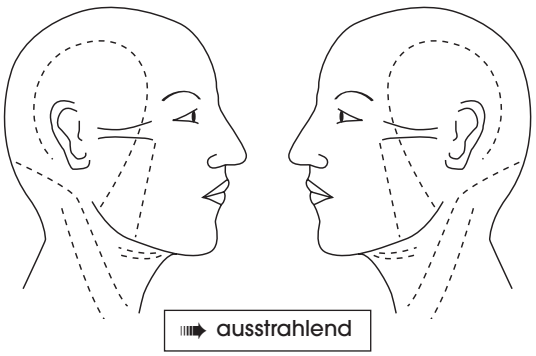
Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung bei:	ja	nein
Zahnarzt? _____	❑	❑
Kieferorthopäde? _____	❑	❑
Arzt? _____	❑	❑
Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? Wenn ja, welcher Art? _____	❑	❑
Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich?	❑	❑

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

	ja	nein
Sind/waren Kauen ☐, Kieferöffnung ☐, Kieferschluss ☐, und/oder eine andere Unterkieferbewegung ☐ (_____) behindert (1) oder schmerzhaft (2)?	❑	❑
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 _____

Copyright © Ottl/Ahlers/Lange/Utz/Reiber 2011

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	terminal				
				intermediär	intermediär				
				terminal	initial				

2. MUSKULATUR

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

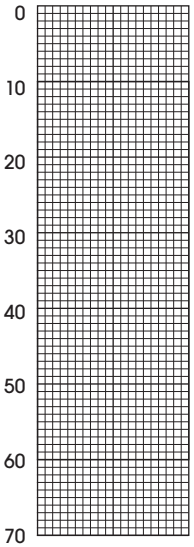
Palpation	re	li
M. temporalis Pars anterior		
M. temporalis Pars media		
M. temporalis Pars posterior		
Sehne M. temporalis		
M. masseter superficialis, Ursprung		
M. masseter superficialis, Muskelbauch		
M. masseter superficialis, Ansatz		
Regio postmandibularis		
Regio submandibularis		
Regio M. pterygoideus lateralis		
Subokzipital-/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 = Prämolar, M = Molar

	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
- ❑ Wärmetherapie ❑ Kältetherapie
- ❑ Elektrotherapie _____
- ❑ Manuelle Therapie
- ❑ Bewegungsübungen

❑ Medikamentöse Therapie _____
❑ Entspannungsübungen
❑ andere _____

Weitere Therapie

❑ Einschleifmaßnahmen
❑ Restaurative/Prothetische Therapie
❑ Dauerschiene
❑ Psychosomatische Therapie
❑ Kieferorthopädie
❑ Kieferorthopädische Chirurgie
❑ Kiefergelenkchirurgie
❑ andere _____

Copyright © Ottl/Ahlers/Lange/Utz/Reiber 2011

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 beigefügt.

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
  - ❑ Gebisssanierungen, 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/Teilkrone
T = Teleskopkrone
f = fehlender Zahn
B = Brückenglied
E = ersetzter Zahn
H = Halteelement
)(= Lückenschluss

❑ **SONSTIGE INDIKATION** BEGRÜNDUNG**:** _____

_____

_____

_____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Copyright © Ottl/Ahlers/Lange/Utz/Reiber 2011