

# KLINISCHER FUNKTIONSTATUS

der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik  
und -therapie (DGFD) 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"/> |

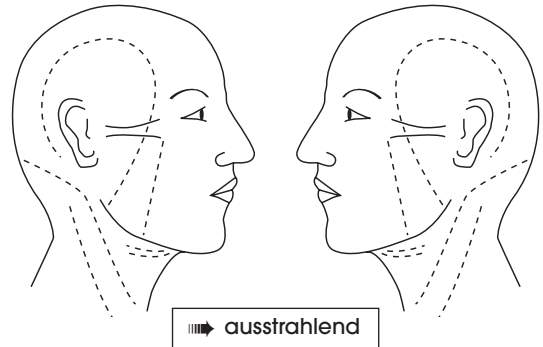
Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

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     |   |   |  |   | terminal    |
|   |   |  |   |   | intermediär |   |   |  |   | intermediär |
|   |   |  |   |   | terminal    |   |   |  |   | initial     |

## 2. MUSKULATUR

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

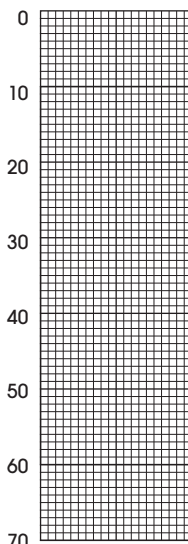
|  |    |    |
|--|----|----|
| Palpation                              | re | li |
| M. temporalis Pars anterior            |    |    |
| M. temporalis Pars media               |    |    |
| M. temporalis Pars posterior           |    |    |
| Sehne M. temporalis                    |    |    |
| M. masseter 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 = 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, 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: \_\_\_\_\_