##### **FAL: Klinischer Funktionsstatus**

der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) in der DGZMK

##### **Beratungsdauer**

* **Uhrzeit Beginn**:
* **Uhrzeit Ende**:
* **Dauer gesamt**:
* **Begleitperson**:

##### **ANAMNESE (Vorgeschichte)**

* **Grund für Besuch**:
* **Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung beim Zahnarzt?**
* **Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung beim Kieferorthopäden?**
* **Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung beim Arzt?**
* **Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? Wenn ja, welcher Art?**
* **Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich?**

##### **ANAMNESE: Schmerzen, Beschwerden, Verspannungen**

**Seite 1 des klin. Funktionsstatus der DGFDT**

**Links: Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am...?**

* nein
* Kopf (allgemein)
* Schläfen
* Ohrbereich/Kiefergelenke
* Nacken
* Schulter

**Rechts: Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am...?**

* nein
* Kopf (allgemein)
* Schläfen
* Ohrbereich/Kiefergelenke
* Nacken
* Schulter

**andere**:

* z.B. Wirbelsäule, andere Gelenke

**Qualität des Schmerzes**:

* z.B. dumpf, stechend

**Zeitpunkt und Dauer des Schmerzes**:

* z.B. morgens, abends, im Laufe des Tages, bestimmter Anlass

**Häufigkeit**:

* täglich
* 1-2 mal/Woche
* 1-2 mal/Monat
* seltener

**Wann traten die Beschwerden erstmals auf?  
Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?**0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Wie stark beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Leistungsfähigkeit?**0 = gar nicht; 10 = sehr stark  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Probleme beim Kauen**

* behindert
* schmerzhaft
* nein

**Probleme Kieferschluss**

* behindert
* schmerzhaft
* nein

**Probleme UK Bewegungen**

* behindert
* schmerzhaft
* nein

**Auf welcher Seite kauen Sie?**

* links
* rechts
* beidseitig

**Zähne und Zahnfleisch schmerzhaft?**

* ja
* nein

**Passen die Zähne richtig aufeinander?**

* ja
* nein

**Taubheitsgefühl im Kopf-/Gesichtsbereich?**

* ja
* nein

**Sonstiges**

* weitere Angaben zur Anamnese

##### **BEFUNDE**

**Seite 2 des klin. Funktionsstatus der DGFDT**

**Palpation Kiefergelenk lateral**

* unauffällig
* Missempfinden
* Schmerzen

**Palpation Kiefergelenk dorsal**

* unauffällig
* Missempfinden
* Schmerzen

**Auskultation: Reiben**

* links
* rechts

**Auskultation: Knacken**

* links
* rechts
* initial
* intermediär
* terminal

**Muskulatur Links**

* unauffällig
* Missempfinden
* Schmerzen
  + 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

**Muskulatur Rechts**

* unauffällig
* Missempfinden
* Schmerzen
  + 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

**Mobilität des UK**

* unauffällig
* Missempfinden
* Schmerzen
* eingeschränkte Mobilität
  + RL
  + LL
  + Protrusion
  + Retrusion

**Kieferöffnung**

* aktiv und passiv in [mm]

**Gleiten zentrische / habituelle Okklusion**

* ja
* nein

**Gleiten Richtung und Distanz**

* rechts/links/Mitte/vertikal in [mm]

**Vertikale Kieferrelation**

* unauffällig
* erhöht
* zu niedrig

**Statische Okklusion**

* + = Kontakt
* +- = schwacher Kontakt
  + = kein Kontakt
* x = fehlender Zahn

**Dynamische Okklusion**:

* FZ = Frontzahn
* PM = Prämolar
* M = Molar

**Weitere Befunde**

* Abrasionen
* Attritionen
* keilförmige Defekte
* Zungenimpressionen
* Wangenimpressionen

**Befund**:

**Weitere diagnostische Maßnahmen**

* Manuelle Strukturanalyse
* Orthopädisches Screening
* Psychosoziales Screening
* Instrumentelle Funktionsanalyse
* Instrumentelle Okklusionsanalyse

**Diagnose**:

##### **Therapie**

* Okklusionsschiene
* Physikalische Therapie
* Medikamentöse Therapie
* Entspannungsübungen
* Einschleifmaßnahmen

**Therapie**:

##### **Planung und Sonstiges**

* **Planung**:
* **Sonstiges**:

##### **Behandlungsunterlagen**

* **GKV Antrag KB**:
  + zu erstellen
  + offen
  + genehmigt
* **KVA liegt unterschrieben vor**:
* **KVA dem Pat. mitgegeben**:
* **KVA per Mail an P. gesendet**:
* **KVA per Post an Pat.**:
* **Patient möchte Kostenübernahme mit Zusatzversicherung klären**:
* **Eigenanteil ca. i.H.v.**:

##### **Wie geht es weiter?**

* **Nächster Termin**: