

KLINISCHER FUNKTIONSSTATUS

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

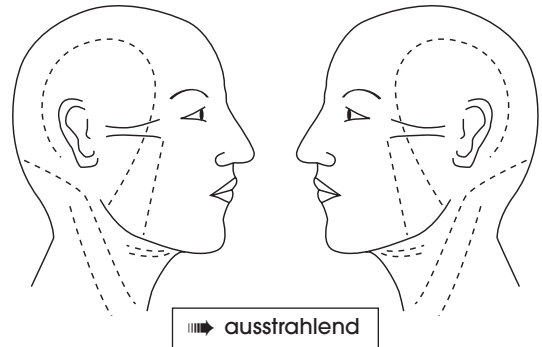
Name, Vorname, Geburtsdatum	Praxisstempel
Patientennummer	
Untersuchungsdatum	

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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
