

# 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?

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

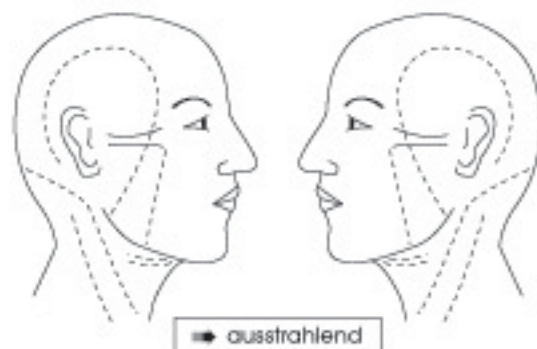
Nacken? li  re

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

Sind/waren Kauen , Kieferöffnung , Kieferschluss , und/oder eine andere Unterkieferbewegung  ( \_\_\_\_\_ ) behindert (1) oder schmerzhaft (2)?

ja nein

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

---



---



---



---