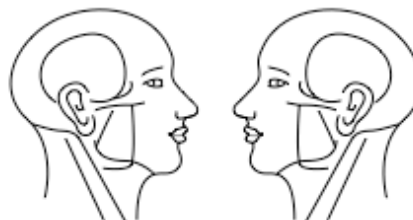


Datum

Student

Assistent

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	Telefon
Befund erhoben am:	



Anamnese

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung beim

- Zahnarzt ja nein?
 Kieferorthopäden ja nein?
 Arzt ja nein?

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

- ja nein

Erlitten Sie einen Unfall/Schlag im Kopf-/Halsbereich? ja nein

Wo?

Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen im/am re li nein

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf (allgemein)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schläfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ohrbereich/Kiefergelenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nacken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schulter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> andere (z.B. Wirbelsäule, andere Gelenke)? wo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort und Ausbreitung der Schmerzen

Qualität des Schmerzes (z.B. dumpf, stechend)

- kein Schmerz Schmerz

Zeitpunkt des Schmerzes

- morgens im Laufe des Tages
 abends bestimmter Anlass

Dauer des Schmerzes

- Minuten Stunden

Häufigkeit des Schmerzes

- täglich 1-2x/Woche
 1-2x /Monat seltener

Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

Beeinträchtigung durch Schmerzen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie stark beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Leistungsfähigkeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = gar nicht, 10 = sehr stark

Ist Ihre jetzige Lebenssituation durch Stress belastet?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = gar nicht, 10 = sehr stark

Patientenangaben

Sind/waren folgende Bewegungen ohne Einschränkung (0), behindert (1) oder schmerzhaft (2)?

- Kauen Mundöffnung
 Kieferschluss andere UK-Bewegung

Wo kauen Sie bevorzugt?

- linke Seite rechten Seite
 beidseitig

Wo haben Sie Kiefergelenkgeräusche?

- links keine ja, seit _____
 rechts keine ja, seit _____

Sind die Zähne bzw. das Zahnfleisch

- schmerzhaft empfindlich
 keine Beschwerden

Passen die Zähne richtig aufeinander?

- ja nein

Liegt bei Ihnen ein Taubheitsgefühl vor?

- Kopfbereich ja nein
 Zungenbrennen ja nein
 Gesicht ja nein
 Gaumenbrennen ja nein

Weitere Angaben zur Anamnese

Zusatzblatt Manuelle Strukturanalyse (MSA)

1. Intrakapsuläre Gelenkfläche

Dynamische Kompression/Translation

rechts

links

Legende
 0 - kein Krepitus, kein Schmerz
 1 - Krepitus
 2 - Krepitus, Schmerz, Limitation

	lateral	medial
ohne Kompression		
mit Kompression		

	medial	lateral

2. Perikapsuläre Strukturen

Passive Kompression (bilaminäre Zone)

Traktion und Translation (Bänder)

(0 = kein Schmerz, + = leichter Schmerz, ++ = mittlerer Schmerz, +++ = starker Schmerz)

DKL
DK

LK
K
MK

DKL
DK

DL
D

Kaud
Vent

DL
D

Vent
Kaud

Legende:
 D - dorsale Kompression
 K - kraniale Kompression
 L - laterale Translation
 M - mediale Translation
 Vent - ventrale Translation
 Kaud - Kaudaltraktion

3. Gelenkspieltechnik zur Untersuchung der Knackgeräusche

Dynamische Kompression und Translation

(ø = kein Geräusch + = lauter/später - = leiser/früher)

Aktive Bewegung		Dynam. Kompression	Dynamische Translation										Dyn. Kompression				
			Gruppe I				Gruppe II				Gruppe III						
re	li	exkursiv	li + Komp		re + Komp		lateral		medial		lateral		medial		re	li	
Geräuschzeitpunkt		re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li		
Geräuschintensität																	

4. Länge suprahyoidale Strukturen

vertikale Verkürzung _____ mm

sagittale Verkürzung _____ mm

Verlaufskontrolle

Datum _____

+ = Besserung, ø = gleich geblieben, - = Verschlechterung

- Gelenkbeschwerden
- Gelenkgeräusche
- Muskulatur
- Mobilität

Beeinträchtigung durch Schmerzen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Bemerkungen _____

Datum _____

+ = Besserung, ø = gleich geblieben, - = Verschlechterung

- Gelenkbeschwerden
- Gelenkgeräusche
- Muskulatur
- Mobilität

Beeinträchtigung durch Schmerzen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Bemerkungen _____

Datum _____

+ = Besserung, ø = gleich geblieben, - = Verschlechterung

- Gelenkbeschwerden
- Gelenkgeräusche
- Muskulatur
- Mobilität

Beeinträchtigung durch Schmerzen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Bemerkungen _____

Datum _____

+ = Besserung, ø = gleich geblieben, - = Verschlechterung

- Gelenkbeschwerden
- Gelenkgeräusche
- Muskulatur
- Mobilität

Beeinträchtigung durch Schmerzen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Bemerkungen _____

Datum _____

+ = Besserung, ø = gleich geblieben, - = Verschlechterung

- Gelenkbeschwerden
- Gelenkgeräusche
- Muskulatur
- Mobilität

Beeinträchtigung durch Schmerzen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Bemerkungen _____
