

Datum: \_\_\_\_\_

Patienten ID: \_\_\_\_\_

**A Selbstangaben**

„Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen im Mund-, Kiefer oder Gesichtsbereich ...?“

Schmerzen:

- ☐ nie  
☐ selten (ca. 1x im Monat)  
☐ ab und zu (mehrfach pro Monat)  
☐ oft (mehrfach pro Woche)  
☐ sehr oft (täglich)

 Missempfindungen:  
 (Brennen, Taubheitsgefühl, Hypersensitivitäten,  
 Geschmacksveränderungen etc.)

- ☐ nie  
☐ selten (ca. 1x im Monat)  
☐ ab und zu (mehrfach pro Monat)  
☐ oft (mehrfach pro Woche)  
☐ sehr oft (täglich)

**B Extraoraler Befund**
 Druckdolenz:  
 (M. temporalis, M. masseter, Kiefergelenk,  
 Gl. parotis, Gl. submandibularis)

- ☐ nein ☐ ja → *Intensität und Bekanntheit*  
 Intensität ☐ leicht  
☐ mäßig  
☐ stark  
 Bekanntheit: ☐ unbekannt  
☐ bekannt

**C Intraoraler Befund**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**Legende:** S = gesund, kein Behandlungsbedarf  
 F = gefüllte, überkronte Zähne (auch implantatgetragene Kronen)  
 D = kariöse, defekte Zähne  
 R = ersetzte Zähne (Brückenglied/ Prothesenzahn)  
 M = fehlende Zähne (Lücke)  
 )( = Lückenschluss

Anzahl Zähne gesund: **S** \_\_\_\_\_ [0-28]Anzahl Zähne gefüllt: **F** \_\_\_\_\_ [0-28]Anzahl Zähne defekt: **D** \_\_\_\_\_ [0-28]Anzahl Zähne gesamt: **S + F + D + )(** \_\_\_\_\_ [0-28]

Anzahl Zähne Sondierungstiefe 3,5 - 5,5 mm: \_\_\_\_\_ [0-6]

Anzahl Zähne Sondierungstiefe &gt; 5,5 mm: \_\_\_\_\_ [0-6]

Blutung bei Sondierung: ☐ nein ☐ ja

Anzahl perkussionsempfindliche Zähne: \_\_\_\_\_ [0-28]

**Info:** Ramfjord Zähne: 16, 21,  
 24, 36, 41, 44

Anzahl der Stützzonen:	_____ [0-4]	<b>Info:</b> mit Zahnersatz
Overjet (sagittaler Überbiss):	_____ mm	<b>Info:</b> mit Zahnersatz
Overbite (vertikaler Überbiss):	_____ mm	
Größte Kontaktpunktabweichung:	_____ mm	
Seitlicher Kreuzbiss:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mundöffnungsbewegung:	<input type="checkbox"/> gerade <input type="checkbox"/> nicht gerade	<b>Info:</b> mit Zahnersatz
max. aktive Mundöffnung:	_____ mm	
max. passive Mundöffnung:	_____ mm	
Spalten oder Defekte:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> operierte Spalte ohne Defekt <input type="checkbox"/> nur im Weichgewebe <input type="checkbox"/> knöcherner Defekt ohne MAV <input type="checkbox"/> knöcherner Defekt mit MAV	
Befeuchtung: (Mundschleimhäute/Lippe/Zunge)	<input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> partiell trocken <input type="checkbox"/> komplett trocken	
Speichelskonsistenz:	<input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> leicht schaumig <input type="checkbox"/> kein Speichel	
Schwellung: (Mundschleimhäute/Lippe/Zunge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <i>Fläche und Intensität</i> Fläche: <input type="checkbox"/> max. ¼ der Oberfläche <input type="checkbox"/> max. ½ der Oberfläche <input type="checkbox"/> über ½ der Oberfläche <input type="checkbox"/> gesamte Oberfläche Intensität: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark	
Verfärbung: (Mundschleimhäute/Lippe/Zunge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <i>Fläche und Intensität</i> Fläche: <input type="checkbox"/> max. ¼ der Oberfläche <input type="checkbox"/> max. ½ der Oberfläche <input type="checkbox"/> über ½ der Oberfläche <input type="checkbox"/> gesamte Oberfläche Intensität: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark	
Integritätsverlust: (Mundschleimhäute/Lippe/Zunge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <i>Fläche und Intensität</i> Fläche: <input type="checkbox"/> max. ¼ der Oberfläche <input type="checkbox"/> max. ½ der Oberfläche <input type="checkbox"/> über ½ der Oberfläche <input type="checkbox"/> gesamte Oberfläche Intensität: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark	