
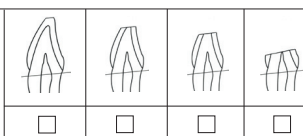


# BRUXISMUS STATUS

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Patient/in	Pat.Nr.	Geb.Datum.																											
<b>ANAMNESE</b>																													
Ist Ihnen bewusst, dass Sie am Tage oder im Schlaf mit den Zähnen knirschen oder pressen?		<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Schlaf <input type="checkbox"/> nein																											
Ist Ihrem Partner aufgefallen, dass Sie im Schlaf mit den Zähnen knirschen oder klappern?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																											
Müdigkeit und Steifheit der Kaumuskeln	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> am Tage <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> nein																											
Kurz anhaltende Schläfenkopfschmerzen	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> am Tage <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> nein																											
Schwierigkeiten bei der Mundöffnung	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> am Tage <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> nein																											
Überempfindlichkeit der Zähne	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> am Tage <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Psyche																											
<input type="checkbox"/> Antidepressiva (SSRI)	<input type="checkbox"/> Antipsychotika	<input type="checkbox"/> Psychostimulantia (ADHS) <input type="checkbox"/> andere																											
<input type="checkbox"/> Koffein	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen																											
<input type="checkbox"/> andere orale Parafunktionen	Genetische Disposition	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Geschwister																											
Anmerkungen																													
<b>KLINISCHE UNTERSUCHUNG</b>																													
<b>KAUMUSKULATUR (ELEVATOREN)</b>		<b>SCHÄDEN AN DER ZAHNHARTSUBSTANZ</b>																											
	Frontzähne	<input type="checkbox"/> Schmelzrisse <input type="checkbox"/> Abfrakturen <input type="checkbox"/> Erosionen																											
	Abrasionsgrad <b>Hugoson 1988</b>   UK-Front	0 = keine/kaum 1 = Schmelz 2 = bis 1/3 3 = über 1/3																											
+ Schmerzen   • Myogelosen   - Hypertrophie	Seitenzähne	<input type="checkbox"/> Schmelzrisse <input type="checkbox"/> Abfrakturen <input type="checkbox"/> Erosionen																											
	Keilförmige Defekte	<table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																
<b>WEICHGEWEBE</b>		<b>OKKLUSION</b>																											
Schleimhaut	<input type="checkbox"/> Zungenimpressionen  <input type="checkbox"/> Hyperkeratose Wange	Führung	<input type="checkbox"/> Front <input type="checkbox"/> Eckzahn <input type="checkbox"/> Gruppen <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> keine																										
PA	<input type="checkbox"/> Lokale Rezessionen  <input type="checkbox"/> Hypermobilität	Hyperbalancen	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> LL																										
		Kongruente Schlißfacetten	.....   .....   .....   .....   .....																										
		Knirschmuster	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> LL																										
Anmerkungen																													
<b>DIAGNOSEN</b>																													
<input type="checkbox"/> Wach-Bruxismus <input type="checkbox"/> Schlaf-Bruxismus																													
<b>ERWEITERTE DIAGNOSTIK</b>																													
Brux	CMD	Schlaf	Psych																										
Anmerkungen																													