

Befunderhebung:
Orofaziale Dysfunktionen I

© Charité - Universitätsmedizin Berlin | Stand: Mai 2017

KRANKENGESCHICHTE

Untersucher/in:	Name:	Geb.-Datum:	Unt.-Datum:	Falls Besonderes X
-----------------	-------	-------------	-------------	---------------------------------

Erstdiagnostik
 Kontrolluntersuchung

Anlass der Anmeldung: _____

Vorbefunde/ -diagnosen: _____

Eltern: _____ Tel. _____

Geschwister: _____

Überweisender Arzt: _____ Tel. _____

Kieferorthopädie: _____ Tel. _____

kfo. Diagnose: _____

kfo. Geräte Nein Ja, seit: _____ Art des Gerätes: _____

Rezidive Nein Ja, welcher Art: _____

Hörformel

R									
L									

Audiometrie veranlassen

LOGOPÄDISCHER BEFUND:

VERHALTEN WÄHREND DER UNTERSUCHUNG:

VORSCHLAG / PROCEDERE:

Bericht vom Kieferorthopäden anfordern

Layout: Zentrale Mediendienstleistung Charité | Formulare | CC16 | BE-Orofaziale-Dysfunktion-V_x.indd

Befunderhebung:
Orofaziale Dysfunktionen II

Untersucher/in:	Name:	Geb.-Datum:	Unt.-Datum:	Falls Besonderes X
-----------------	-------	-------------	-------------	---------------------------------

Anamnese

1. ERNÄHRUNGSANAMNESE

a) Stillen

Ja <1 Monat bis 3 M. bis 6 M. bis 9 M. >9 M.

Nein, Grund: _____

Zusätzlich mit Flasche ernährt
Anmerkungen

Nein Ja

b) Flaschenernährung Sauger

Kieferformer Kirschform Sonstige: _____

Schwierigkeiten

Nein Blähungen lange Mahlzeiten

Verschlucken Loch im Sauger vergrößert

Sonstige: _____

c) Umstellung auf festere Nahrung

7.-9. Lm. vor 6. Lm. 10.-12. Lm. >13. Lm.

Schwierigkeiten

d) Derzeitige Ernährung

Beliebte Speisen:

Unbeliebte Speisen:

Bevorzugung weicher/einseitiger Kost

Nein Ja

Kauen

mit geschlossenem Mund

mit offenem Mund

gern

ungern

geräuschvoll

Anmerkungen

2. GEWOHNHEITEN

a) Lutschgewohnheiten

Keine Schnuller Flasche Daumen

Finger Sonstiges: _____

Dauer (tags/nachts, bis)

nur zum Einschlafen

zum Einschlafen + Beruhigen

längere Phasen auch tagsüber

Persistenz

bis 1;11

bis 2;11

bis 3;11

bis 4;11

bis 5;11 über 6;0

Sonstiges/Anmerkungen

b) Sonstige Gewohnheiten

Keine Onychophagie Bruxismus

Lippen-/Wangen-/Zungenbeißen Gegenstände

Sonstiges: _____

3. ATMUNG

Nasenatmung

Mundatmung

geräuschvoll (tags/nachts)

4. ERKRANKUNGEN

a) Infekte (Häufigkeit Mon./Jahr): _____

b) Adenotomie (AT)

Nein Ja

Parazentese

Nein Ja

Paukendrainage (PD)

Nein Ja

Tonsillektomie (TE)

Nein Ja

c) Allergien

Nein

Ja, welche: _____

d) Schmerzen

Nein

Kopf-

Nacken-

Gesichtsschmerzen

e) Medikamente

Nein

Ja, welche: _____

f) Sonstiges

**Befunderhebung:
Orofaziale Dysfunktionen III**

© Charité - Universitätsmedizin Berlin | Stand: Mai 2017

KRANKENGESCHICHTE

Untersucher/in:	Name:	Geb.-Datum:	Unt.-Datum:	Falls Besonderes X
-----------------	-------	-------------	-------------	---------------------------------

Inspektion

1. LIPPEN

a) Ruhestellung

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> geschlossen | <input type="checkbox"/> offen |
| <input type="checkbox"/> um Schluss bemüht | <input type="checkbox"/> Mentalisaktivität |

b) Aussehen

- | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | unauffällig | verkürzt | verdickt | gerötet | trocken | gerollt |
| Oberlippe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterlippe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risse (Lippen/Mundwinkel) | <input type="checkbox"/> Impressionen |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|

Anmerkungen _____

2. ZUNGE

a) Ruhestellung

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> am Ruhelagepunkt | <input type="checkbox"/> interdental |
| <input type="checkbox"/> zwischen den Molaren | <input type="checkbox"/> addental (oben) |
| <input type="checkbox"/> addental (unten) | |

Anmerkungen _____

b) Aussehen

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> gerötet |
| <input type="checkbox"/> hypoton | <input type="checkbox"/> Frenulum verkürzt |
| <input type="checkbox"/> Frenulum angewachsen | <input type="checkbox"/> Impressionen |

Anmerkungen _____

3. GAUMEN

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> hoch |
| <input type="checkbox"/> spitz | <input type="checkbox"/> eng |

Anmerkungen _____

4. GEBISS UND KIEFER

Zahnformel

M= Milchzahn | B= bleibender Zahn | f= fehlender Zahn

				OK					
				UK					

kariös

- | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okklusion erscheint unauffällig | <input type="checkbox"/> große frontale Stufe |
| <input type="checkbox"/> Okklusion erscheint auffällig | <input type="checkbox"/> offener Biss (frontal/seitlich) |
| | <input type="checkbox"/> Kreuzbiss (unilateral/bilateral) |

Auffälligkeiten _____

5. GESICHTSZÜGE

Beschreibung _____

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> hypoton |
| <input type="checkbox"/> hyperton | <input type="checkbox"/> Facies adenoidea |

6. KÖRPERTONUS

Beschreibung _____

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ausgewogen | <input type="checkbox"/> eher hypoton |
| <input type="checkbox"/> eher hyperton | |

Befunderhebung:
Orofaziale Dysfunktionen IV

Untersucher/in:	Name:	Geb.-Datum:	Unt.-Datum:	Falls Besonderes x
-----------------	-------	-------------	-------------	---------------------------------

Funktionsprüfung

1. LIPPEN / WANGEN

a) Lippenkraft

Lippenwaage _____ in kg subjektiv _____

b) Lippenmotorik

	gelingt		gelingt nicht		dysprakt. Anteile	Anmerkungen
	3	2	1	0		
spitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
breit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
im Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fischmund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
einziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sprengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wangen aufblasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wangen sprengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. ZUNGE

a) Zungenkraft

Beurteilung der Zungenkraft

	Beurteilung der Zungenkraft				Anmerkungen
	3	2	1	0	
in Wangentasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Spatel seitl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Spatel nach vorn drücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Spatel an obere Incisivi, ablecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

b) Zungenmotorik

	gelingt		gelingt nicht		dysprakt. Anteile	Anmerkungen
	3	2	1	0		
in Mundwinkel rechts/links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
im Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
im Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
kreisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gaumen entlang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
breit formen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
schmal formen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
schmalzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. KAUFEN

Kauen	<input type="checkbox"/> mit geschlossenem Mund	<input type="checkbox"/> mit offenem Mund
Abbeißen	<input type="checkbox"/> frontal	<input type="checkbox"/> seitlich
Kaubewegungen	<input type="checkbox"/> rotierend	<input type="checkbox"/> hackend
	<input type="checkbox"/> Mentalishyperaktivität	<input type="checkbox"/> oberflächlich
Bolusbildung	<input type="checkbox"/> möglich	<input type="checkbox"/> inkomplett
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	
Anmerkungen	_____	

**Befunderhebung:
Orofaziale Dysfunktionen V**

© Charité - Universitätsmedizin Berlin | Stand: Mai 2017

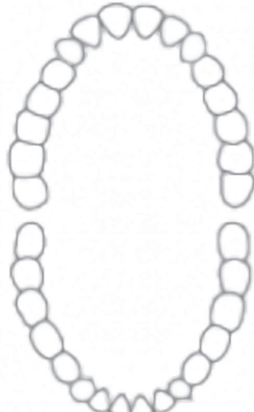
KRANKENGESCHICHTE

Untersucher/in:	Name:	Geb.-Datum:	Unt.-Datum:	Falls Besonderes X
-----------------	-------	-------------	-------------	---------------------------------

Funktionsprüfung

4. SCHLUCKEN

Muskelaktivität	<input type="checkbox"/> o. p. B.	<input type="checkbox"/> M. buccinator
Muskelinaktivität	<input type="checkbox"/> M. masseter	<input type="checkbox"/> M. temporalis
Grimassieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Überprüfung mittels Lippenhaltern	<input type="checkbox"/> Lippenhaltern	<input type="checkbox"/> Payne-Technik
Zungenbewegung	<input type="checkbox"/> o. p. B.	<input type="checkbox"/> interdental
	<input type="checkbox"/> addental oben/unten	<input type="checkbox"/> lateral rechts/links
	<input type="checkbox"/> in fehlerhafte Okklusion	<input type="checkbox"/> nicht eindeutig beurteilbar
	<input type="checkbox"/> in Zahnlücken	
Übertritt von Schluckgut	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Speichel
		<input type="checkbox"/> Nahrung
		<input type="checkbox"/> Flüssigkeit
Nahrungsreste	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zunge
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Mund
Nachschlucken nötig	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	



5. ARTIKULATION

a) Zischlaute







	o. p. B.	interdental	addental	lateral (bi, dexter, sinister)
/s/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/z/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ʃ/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Alveolarlaute

	o. p. B.	interdental	addental	lateral (bi, dexter, sinister)
/n/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/l/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/d/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/t/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verständlichkeit des spontanen Sprechens	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt
	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> aufgehoben

6. ORALE STEREOGNOSE

	korrekt	falsch	Bildvorlage		korrekt	falsch	Bildvorlage
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließende Beurteilung unauffällig eingeschränkt stark eingeschränkt