

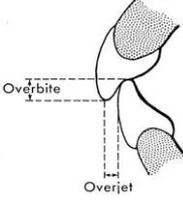
KFO Zuweisung zur Logopädie – Myofunktionellen Therapie (MFT)

Patientenname: geb.: Datum:

Bei der heutigen Untersuchung wurde eine Störung der Myofunktion im orofazialen Bereich festgestellt. Zur Unterstützung der kieferorthopädischen Behandlung ist daher eine myofunktionelle/logopädische Therapie notwendig.

KIEFERORTHOPÄDISCHE DIAGNOSE

Klasse	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	
Syndrom	_____			
Kreuzbiss	_____		Overjet	_____ mm
Kantbiss	_____		Overbite	_____ mm
Offener Biss	_____		Diastem	_____ mm



Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> Knacken	<input type="checkbox"/> Reiben	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> o.B.
Mittellinie	<input type="checkbox"/> im Oberkiefer verschoben _____ mm	<input type="checkbox"/> nach rechts	<input type="checkbox"/> nach links	<input type="checkbox"/> o.B.
	<input type="checkbox"/> im Unterkiefer verschoben _____ mm	<input type="checkbox"/> nach rechts	<input type="checkbox"/> nach links	<input type="checkbox"/> o.B.
Platzmangel	<input type="checkbox"/> im Oberkiefer		<input type="checkbox"/> im Unterkiefer	
Oberlippenbändchen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> tiefer Ansatz		
Zungenbändchen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> zu kurz/fraglich	<input type="checkbox"/> eindeutig zu kurz/OP empfohlen	
Sonstiges (z.B.: verlagerte Zähne, bereits extrahierte Zähne, Schliffacetten, altersgerechter Zahnwechsel, Nichtanlagen, ...): _____				

MYOFUNKTIONELLE AUFFÄLLIGKEITEN: Orofaziale Muskulatur angespannt schlaff o.B.

Offene Mundhaltung/Mundatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Impressionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unphysiologische Zungenruhelage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schluckfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unphysiologische Kopf-/Körperhaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Knirschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orale Habits	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Pressen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Artikulationsstörung/undeutliche Artikulation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges: _____		

Kieferorthopädische Therapie indiziert: ja nein KFO vor MFT KFO + MFT KFO nach MFT

Kieferorthopädische Therapie: abnehmbar festsitzend kombiniert

Nähere Beschreibung: _____

Kieferorthopädischer Behandlungsbeginn: _____

Voraussichtliche Dauer der kieferorthopädischen Therapie: _____

Bemerkung: