

Fragebogen zu oralen Angewohnheiten (Oral Behaviors Checklist - OBC)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt/Therapeuten helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Aktivitäten während des Schlafs	Nie	<1 Nacht/ Monat	1-3 Nächte/ Monat	1-3 Nächte/ Woche	4-7 Nächte/ Woche
1 Pressen oder Knirschen mit den Zähnen während des Schlafs, basierend auf den verfügbaren Informationen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Schlafen in einer Position, die Druck auf den Kiefer ausübt (z.B. auf dem Bauch oder der Seite)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Aktivitäten während der Wachzeit	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
3 Zähneknirschen während der Wachzeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 Zähnepressen während der Wachzeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 Pressen, Berühren oder Zusammenhalten der Zähne außer beim Essen (gemeint ist der Kontakt zwischen den oberen und unteren Zähnen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6 Anspannen oder Verspannen der Muskulatur ohne Pressen oder Aufeinanderlegen der Zähne	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7 Halten oder Schieben des Kiefers nach vorne oder zur Seite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8 Kraftvolles Pressen der Zunge gegen die Zähne	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9 Legen der Zunge zwischen die Zähne	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10 Beißen und Kauen auf oder Spielen mit der Zunge, Wange oder Lippe	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Aktivitäten während der Wachzeit	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
11 Halten des Kiefers in starrer oder angespannter Position, um den Kiefer zu schieben oder zu schützen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12 Objekte zwischen den Zähnen halten oder darauf beißen, z.B. Haare, Pfeife, Bleistift, Kugelschreiber, Finger, -nägel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13 Kaugummikauen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14 Spielen von Musikinstrumenten, bei denen der Mund oder Kiefer beansprucht wird (z.B. Holz-, Blechblas- und Streichinstrumente)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15 Aufstützen des Kiefers auf die Hand, z.B. zum Umfassen oder Ausruhen des Kinns in der Hand	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16 Einseitiges Kauen von Nahrung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17 Essen zwischen den Mahlzeiten (gemeint ist Nahrung, die gekaut werden muss)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18 Anhaltendes Sprechen (z.B. Lehrtätigkeit, Verkauf, Kundenservice)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19 Singen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20 Gähnen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21 Halten des Telefons zwischen Kopf und Schultern	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



Auswertung:

Hinweis auf Parafunktion:

Summenbildung über Antwortpunkte der Fragen (OBC):

0	1-24	25-84
Gering	Keine	Ausgeprägt

Quelle:

Gemäß validierter deutscher Übersetzung: Asendorf A, Eberhard L, Universitätsklinikum Heidelberg & Schierz O, Universitätsmedizin Leipzig. Version 12/2018.