

## 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.

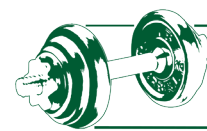
<b>Aktivitäten während des Schlafs</b>	<b>Nie</b>	<b>&lt;1 Nacht/ Monat</b>	<b>1-3 Nächte/ Monat</b>	<b>1-3 Nächte/ Woche</b>	<b>4-7 Nächte/ Woche</b>
1 Pressen oder Knirschen mit den Zähnen während des Schlafs, basierend auf den verfügbaren Informationen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	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"/>

<b>Aktivitäten während der Wachzeit</b>	<b>Nie</b>	<b>Selten</b>	<b>Manch- mal</b>	<b>Häufig</b>	<b>Immer</b>
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 Auf Zunge, Wange, Lippen beißen oder kauen oder mit ihnen spielen	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
Keine	Gering	Ausgeprägt

## Quelle:

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

