

The Oral Behavior Checklist

Hvor ofte gør du hver af de følgende aktiviteter, baseret på den sidste måned? Hvis hyppigheden af aktiviteten varierer, vælg da den hyppigste svarmulighed. Markér ved at sætte kryds for hvert punkt og undlad at springe punkter over.

Aktiviteter under søvn		Aldrig	<1 nat / måned	1-3 nætter / måned	1-3 nætter / uge	4-7 nætter / uge
1	Presser eller skærer tænder under søvn, baseret på enhver information du måtte have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sover i en stilling, der bevirker tryk på kæben (f.eks. på maven eller på siden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiviteter i vågen tilstand		Aldrig	Lidt af tiden	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden
3	Skærer tænder i vågen tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Presser tænder i vågen tilstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Trykker, berører eller holder tænder sammen udover ved spisning (det vil sige, der er kontakt mellem over- og undermundstænder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Strammer eller spænder muskler uden at presse eller holde tænder sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Holder eller skubber kæben fremad eller til siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Presser tungen hårdt mod tænderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sætter tungen mellem tænderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bider, tygger eller leger med din tunge, kinder eller læber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Holder kæben i en stiv eller anspændt position, for at støtte eller beskytte kæben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Holder ting mellem tænderne eller bider i ting, så som hår, pibe, blyant, kuglepen, fingre, negle etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Bruger tyggegummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Spiller musikinstrument, der involverer brug af mund eller kæbe (f.eks. blæseinstrument eller strengeinstrument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Læner dig op ad din hånd for at støtte kæben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Tygger kun maden i den ene side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Spiser mellem måltider (mad der kræver tygning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Vedvarende tale (f.eks. undervisning, salg, kundeservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Synger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Gaber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Holder telefon mellem dit hoved og dine skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>