

DC/TMD Untersuchungsbogen



Name: _____ Geburtsdatum: _____ Untersucher: _____ Datum: _____

1a. Schmerzlokalisation: letzte 30 Tage (Alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

Rechtsseitige Schmerzen				Linksseitige Schmerzen			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Temporalis	<input type="checkbox"/> andere Kaum.	<input type="checkbox"/> nicht-mastik. Muskeln	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Temporalis	<input type="checkbox"/> andere Kaum.	<input type="checkbox"/> nicht-mastik. Muskeln
	<input type="checkbox"/> Masseter	<input type="checkbox"/> Kiefergelenk			<input type="checkbox"/> Masseter	<input type="checkbox"/> Kiefergelenk	

1b. Kopfschmerzlokalisation: letzte 30 Tage (alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

Keine Temporalis Andere Keine Temporalis Andere

2. Schneidekantenverhältnisse

Referenzzahn 11 21 Anderer _____

Horizontaler inzisaler Überbiss (Overjet)

Vertikaler inzisaler Überbiss (Overbite)

Mittellinien-Abweichung

falls negativ mm

falls negativ mm

mm R L

3. Öffnungs- und Schließmuster (eine Antwort auswählen)

Gerade Korrigierte Deviation Unkorrigierte Deviation
 nach rechts nach links

4. Öffnungs- und Schließbewegungen

A. Schmerzfreie SKD

mm

Rechte Seite			Linke Seite		
Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz

B. Maximale aktive SKD

mm

<i>Temporalis</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J					
<i>Masseter</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Gelenk</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Anderer Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Nicht-Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	

C. Maximale passive SKD

mm

<i>Temporalis</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J					
<i>Masseter</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Gelenk</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Anderer Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Nicht-Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	

D. Abgebrochen durch Patient

N J

5. Laterotrusion und Protrusion

Rechte Seite			Linke Seite		
Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz

A. Laterotrusion nach rechts

mm

<i>Temporalis</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J					
<i>Masseter</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Gelenk</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Anderer Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Nicht-Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	

B. Laterotrusion nach links

mm

<i>Temporalis</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J					
<i>Masseter</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Gelenk</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Anderer Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Nicht-Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	

C. Protrusion

mm

<i>Temporalis</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J					
<i>Masseter</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Gelenk</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Anderer Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
<i>Nicht-Kaum.</i>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	

Falls negativ

6. Kiefergeräusche während Öffnungs- und Schließbewegungen

Rechtes Kiefergelenk					Linkes Kiefergelenk						
	Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz		Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen					Öffnen	Schließen			
Knacken	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						
Reiben	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J		

7. Kiefergelenkgeräusche bei Laterotrusion und Protrusion

Rechtes Kiefergelenk					Linkes Kiefergelenk						
	Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz		Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen					Öffnen	Schließen			
Knacken	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						
Reiben	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J		

8. Gelenkblockade

Rechtes Kiefergelenk				Linkes Kiefergelenk				
	Blockade	lösbar durch			Blockade	lösbar durch		
		Patient	Untersucher			Patient	Untersucher	
während der Öffnung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						
bei weiter Mundöffnung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						

9. Muskel- und Kiefergelenkschmerzen bei Palpation (i.d.R. für Temporalis und Masseter neun Punkte palpieren)

	Muskulatur (1kg)						Muskulatur (1kg)					
	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Ausbreitender Schmerz	Übertragener Schmerz			Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Ausbreitender Schmerz	Übertragener Schmerz		
Temporalis	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J										
Masseter	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Rechte Seite				Linke Seite				
Kiefergelenk	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	Kiefergelenk	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	
								Lateraler Pol (0,5 kg)
Um den lateralen Pol (1 kg)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						

10. Ergänzende Muskelschmerzen auf Palpation

Rechte Seite				Linke Seite				
(0,5 kg)	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	(0,5 kg)	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	
								Regio retromandibularis
Regio submandibularis	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						
Bereich des M. pteryg. lat.	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						
Temporalissehne	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J						

Gemäß validierter deutscher Übersetzung: Asendorf A, Eberhard L, Universitätsklinikum Heidelberg & Schierz O, Universitätsmedizin Leipzig. Version 12/2018
Asendorf A, Möllenkamp J, Schierz O, et al. Interexaminer reliability of the German version of the DC/TMD. J Oral Rehabil. 2021;48(1):28-34

DIGOTOR GbR

Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie

Austraße 30 · D-74336 Brackenheim

info@digotor.info

www.digotor.info