

## Symptom - Fragebogen

### Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - Deutsche Version\*

Patient/Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Schmerz
<p>1. Hatten Sie jemals Schmerzen im Bereich Ihres Kiefers, Ihrer Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.</b></p>
<p>2. Vor wie vielen Jahren bzw. Monaten trat der Schmerz in Ihrem Kiefer, Schläfe, in bzw. vor dem Ohr zum ersten Mal auf? _____ Jahren _____ Monaten</p>
<p>3. Welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt irgendeinen Schmerz in Ihrem Kiefer, Ihren Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren in den vergangenen 30 Tagen am besten? Wählen Sie bitte EINE Antwort aus.</p> <p><input type="checkbox"/> kein Schmerz      <input type="checkbox"/> Schmerz kommt und geht      <input type="checkbox"/> dauerhafter Schmerz</p> <p><b>Wenn Sie kein Schmerz angekreuzt haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.</b></p>
<p>4. Veränderte eine der folgenden Aktivitäten irgendeinen Schmerz in Ihrem Kiefer, Ihren Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren?</p> <p>A) Kauen harter oder zäher Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>C) Kiefergewohnheiten wie: pressen, knirschen, Kaugummi kauen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>D) Andere Kieferaktivitäten wie: sprechen, küssen oder gähnen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
Kopfschmerz
<p>5. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen irgendeinen Kopfschmerz, bei welchem die Schläfenregion mit inbegriffen war? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 8.</b></p>
<p>6. Vor wie vielen Jahren bzw. Monaten trat Ihr Schläfenkopfschmerz zum ersten Mal auf? _____ Jahren _____ Monaten</p>
<p>7. Veränderte eine der folgenden Aktivitäten irgendeinen Kopfschmerz in Ihren Schläfenbereichen?</p> <p>A) Kauen harter oder zäher Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>C) Kiefergewohnheiten wie: pressen, knirschen, Kaugummi kauen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>D) Andere Kieferaktivitäten wie: sprechen, küssen oder gähnen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>BITTE WENDEN!</b></p>

\*Dies ist eine eigene, nicht validierte deutsche Übersetzung.

Quelle: <https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/tmd-assessmentdiagnosis/dc-tmd/>

<b>Kiefergelenksgeräusche</b>	
8. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen während Kieferbewegungen bzw. Kieferaktivitäten irgendein Gelenkgeräusch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sperre der Mundöffnung</b>	
9. Hatten Sie jemals eine Kiefersperre oder ein Einklemmungsgefühl, auch nur für einen Moment, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen konnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.</b>	
10. War Ihre Kiefersperre oder das Einklemmungsgefühl so massiv, dass Ihre Mundöffnung eingeschränkt und Ihr Essvermögen gestört war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Konnten Sie aufgrund der Kiefersperre Ihren Mund in den vergangenen 30 Tagen nicht vollständig öffnen, auch nur für einen Moment, und dann löste sich die Sperre und der Kiefer war frei beweglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.</b>	
12. Leiden Sie momentan unter einer Kiefersperre bzw. Einschränkung, sodass Sie Ihren Kiefer nicht vollständig öffnen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sperre der Mundschließung</b>	
13. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen bei einer weiten Mundöffnung eine Kiefersperre bzw. Einklemmungsgefühl, auch nur für einen Moment, sodass Sie Ihren Kiefer aus dieser weit geöffneten Position nicht schließen konnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie den Fragebogen beenden.</b>	
14. Mussten Sie in den vergangenen 30 Tagen aufgrund einer Kiefersperre oder Einklemmungsgefühl bei einer weiten Mundöffnung etwas tun, wie z.B. ruhen, bewegen, drücken oder manövrieren, um den Kiefer wieder zu schließen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

\*Dies ist eine eigene, nicht validierte deutsche Übersetzung.

Quelle: <https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/tmd-assessmentdiagnosis/dc-tmd/>