



DC/TMD Untersuchungsbogen

Patient _____ Untersucher _____ Untersuchungsdatum
 Tag Monat Jahr

1a. Schmerzlokalisierung: 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. Kopfschmerzlokalisierung: letzten 30 Tage (Alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

Keine Temporalis Andere Keine Temporalis Andere

2. Schneidekantenverhältnisse (Hilfslinien einzeichnen für Mittellinie und Overbite)

Referenzzahl 11 21 anderer _____

Horizontaler inzisaler Überbiss (Overjet)
 falls negativ mm

Vertikaler inzisaler Überbiss (Overbite)
 falls negativ mm

3. Öffnungs- und Schließmuster (Eine Antwort auswählen)

gerade korrigierte Deviation Unkorrigierte Deviation
 nach rechts nach links

4. Öffnungs- und Schließbewegungen

| | | Rechte Seite | | | Linke Seite | | |
|------------------------------|---|---------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | | Schmerz | Bekannter Schmerz | Bekannter Kopfschmerz | Schmerz | Bekannter Schmerz | Bekannter Kopfschmerz |
| A. Schmerzfremde SKD | <input type="text"/> mm | | | | | | |
| B. Maximale aktive SKD | <input type="text"/> mm | Temporalis N J | N J | N J | Temporalis N J | N J | N J |
| | | Masseter N J | N J | | Masseter N J | N J | |
| | | Gelenk N J | N J | | Gelenk N J | N J | |
| | | andere Kaum. N J | N J | | andere Kaum. N J | N J | |
| | | Nicht-Kaum. N J | N J | | Nicht-Kaum. N J | N J | |
| C. Maximale passive SKD | <input type="text"/> mm | Temporalis N J | N J | N J | Temporalis N J | N J | N J |
| | | Masseter N J | N J | | Masseter N J | N J | |
| | | Gelenk N J | N J | | Gelenk N J | N J | |
| D. Abgebrochen durch Patient | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J | andere Kaum. N J | N J | | andere Kaum. N J | N J | |
| | | Nicht-Kaum. N J | N J | | Nicht-Kaum. N J | N J | |

5. Laterotrusion und Protrusion (Hilfslinie verwenden)

| | | Rechte Seite | | | Linke Seite | | |
|--|-------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | | Schmerz | Bekannter Schmerz | Bekannter Kopfschmerz | Schmerz | Bekannter Schmerz | Bekannter Kopfschmerz |
| A. Laterotrusion nach rechts | <input type="text"/> mm | Temporalis N J | N J | N J | Temporalis N J | N J | N J |
| | | Masseter N J | N J | | Masseter N J | N J | |
| | | Gelenk N J | N J | | Gelenk N J | N J | |
| | | andere Kaum. N J | N J | | andere Kaum. N J | N J | |
| | | Nicht-Kaum. N J | N J | | Nicht-Kaum. N J | N J | |
| B. Laterotrusion nach links | <input type="text"/> mm | Temporalis N J | N J | N J | Temporalis N J | N J | N J |
| | | Masseter N J | N J | | Masseter N J | N J | |
| | | Gelenk N J | N J | | Gelenk N J | N J | |
| | | andere Kaum. N J | N J | | andere Kaum. N J | N J | |
| | | Nicht-Kaum. N J | N J | | Nicht-Kaum. N J | N J | |
| C. Protrusion | <input type="text"/> mm | Temporalis N J | N J | N J | Temporalis N J | N J | N J |
| <input type="checkbox"/> falls negativ | | Masseter N J | N J | | Masseter N J | N J | |
| | | Gelenk N J | N J | | Gelenk N J | N J | |
| | | andere Kaum. N J | N J | | andere Kaum. N J | N J | |
| | | Nicht-Kaum. N J | N J | | Nicht-Kaum. N J | N J | |

