

# DC/TMD Untersuchungsbogen

Patient:

Untersucher:

Untersuchungsdatum:

**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: 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

**B. Maximale aktive SKD**
 mm

**C. Maximale passive SKD**
 mm

**D. Abgebrochen durch Patient**
 N  J

**5. Laterotrusion und Protrusion**
**A. Laterotrusion nach rechts**
 mm

**B. Laterotrusion nach links**
 mm

**C. Protrusion**
 mm

 Falls negativ

	Rechte Seite			Linke Seite		
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz
<i>Temporalis</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	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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	
<i>Temporalis</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	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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	
<i>Temporalis</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	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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	

### 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	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input 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		<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	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input 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		<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	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
bei weiter Mundöffnung	<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

### 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	<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
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	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<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	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Bereich des M. pteryg. lat.	<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
Temporalissehne	<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

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