

Symptom – Fragebogen

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Patient/Name _____ Datum _____

Schmerz

1. Hatten Sie jemals auf einer beliebigen Seite Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr?

Ja Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.

2. Falls ja, vor wie vielen Monaten /Jahren begannen Ihre Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr? _____ Monaten _____ Jahren

3. Welche der folgenden Antworten beschreibt die in den letzten 30 Tagen bei Ihnen aufgetretenen Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr am besten? Bitte eine Antwort auswählen:

Keine Schmerzen **Schmerzen kommen und gehen.** **Die Schmerzen sind durchgehend vorhanden.**

Wenn Sie kein Schmerz angekreuzt haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.

4. Haben die Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) Keine Veränderung der Aktivität | <input type="checkbox"/> Ja |
| b) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite | <input type="checkbox"/> Ja |
| c) Angewohnheiten wie Aufeinanderpressen der Zähne, Zähneknirschen, Kaugummikauen | <input type="checkbox"/> Ja |
| d) Andere Kieferaktivitäten wie: Sprechen, Küssen oder Gähnen | <input type="checkbox"/> Ja |

Kopfschmerz

5. Hatten Sie während der letzten 30 Tage Kopfschmerzen, die im Schläfenbereich auftraten?

Ja Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 8.

6. Vor wie vielen Monaten/Jahren begannen Ihre Kopfschmerzen im Schläfenbereich?
_____ Monaten _____ Jahren

7. Haben die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage Ihre Kopfschmerzen auf einer beliebigen Seite verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) Keine Veränderung der Aktivität | <input type="checkbox"/> Ja |
| b) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorne oder zur Seite | <input type="checkbox"/> Ja |
| c) Angewohnheiten wie Aufeinanderpressen der Zähne, Zähneknirschen, Kaugummikauen | <input type="checkbox"/> Ja |
| d) Andere Kieferaktivitäten wie: Sprechen, Küssen oder Gähnen | <input type="checkbox"/> Ja |

Kiefergelenksgeräusche

8. Sind bei Ihnen in den letzten 30 Tagen Kiefergelenksgeräusche aufgetreten, wenn Sie Ihren Kiefer bewegt haben?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

Kieferklemme

9. Hatten Sie jemals, wenn auch nur kurzzeitig, eine Kieferklemme, sodass sich Ihr Mund nicht vollständig öffnen ließ?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.

10. War Ihre Kieferklemme ausgeprägt genug, um Ihre Mundöffnung einzuschränken oder Probleme beim Essen zu verursachen?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

11. Hatten Sie in den letzten 30 Tagen eine Kieferklemme, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen konnten und löste sich diese anschließend, sodass Sie den Mund wieder vollständig öffnen konnten?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.

12. Ist Ihr Kiefer derzeit blockiert oder eingeschränkt, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen können?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

Mundschlussbehinderung

13. Ist es in den letzten 30 Tagen vorgekommen, dass Ihr Kiefer bei weiter Mundöffnung blockiert bzw. sich verklemmte, sodass Sie den Mund von dieser weit geöffneten Position aus nicht mehr schließen konnten?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie den Fragebogen beenden.

14. Ist es in den letzten 30 Tagen vorgekommen, dass Sie etwas unternehmen mussten, als Ihr Kiefer blockiert oder verklemmt war, um den Mund wieder schließen zu können, z.B. entspannen, bewegen, drücken oder manövrieren?

- Nein** **Ja, rechts** **links** **beidseits** **unklar**

Quelle:

Gemäß validierter deutscher Übersetzung: Asendorf A, Eberhard L, Universitätsklinikum Heidelberg & Schierz O, Universitätsmedizin Leipzig. Version 12/2018