

Symptom – Fragebogen

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (nicht validierte deutsche Version)

Patient/Name _____ Datum _____

Schmerz

1. Hatten Sie jemals Schmerzen im Bereich Ihres Kiefers, Ihrer Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren?
 Ja Nein

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

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

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.

kein Schmerz Schmerz kommt und geht dauerhafter Schmerz

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

4. Veränderte eine der folgenden Aktivitäten irgendeinen Schmerz in Ihrem Kiefer, Ihren Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren?

- A) Kauen harter oder zäher Nahrungsmittel Ja Nein
B) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite Ja Nein
C) Kiefergewohnheiten wie: pressen, knirschen, Kaugummi kauen Ja Nein
D) Andere Kieferaktivitäten wie: sprechen, küssen oder gähnen Ja Nein

Kopfschmerz

5. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen irgendeinen Kopfschmerz, bei welchem die Schläfenregion mit inbegriffen war?
 Ja Nein

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

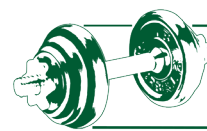
6. Vor wie vielen Jahren bzw. Monaten trat Ihr Schläfenkopfschmerz zum ersten Mal auf?
_____ Jahren _____ Monaten

7. Veränderte eine der folgenden Aktivitäten irgendeinen Kopfschmerz in Ihren Schläfenbereichen?

- A) Kauen harter oder zäher Nahrungsmittel Ja Nein
B) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite Ja Nein
C) Kiefergewohnheiten wie: pressen, knirschen, Kaugummi kauen Ja Nein
D) Andere Kieferaktivitäten wie: sprechen, küssen oder gähnen Ja Nein

Kiefergelenksgeräusche

8. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen während Kieferbewegungen bzw. Kieferaktivitäten irgendein Gelenkgeräusch?
 Ja Nein



Sperre der Mundöffnung

9. Hatten Sie jemals eine Kiefersperre oder ein Einklemmungsgefühl, auch nur für einen Moment, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen konnten? Ja Nein

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

10. War Ihre Kiefersperre oder das Einklemmungsgefühl so massiv, dass Ihre Mundöffnung eingeschränkt und Ihr Essvermögen gestört war? Ja 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? Ja Nein

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

12. Leiden Sie momentan unter einer Kiefersperre bzw. Einschränkung, sodass Sie Ihren Kiefer nicht vollständig öffnen können? Ja Nein

Sperre der Mundschließung

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? Ja Nein

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

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? Ja Nein

Quelle:

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