



DC/TMD Untersuchungsbogen

Patient: _____ Untersucher: _____ Untersuchungsdatum: _____

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

Rechtsseitige Schmerzen

- Keine Temporalis andere Kaum. nicht-mastik. Muskeln
 Masseter Kiefergelenk

Linksseitige Schmerzen

- Keine Temporalis andere Kaum. nicht-mastik. Muskeln
 Masseter 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

3a. Öffnungs- und Schließmuster (eine Antwort auswählen)

Gerade Korrigierte Deviation

Unkorrigierte Deviation

nach rechts nach links

3b. Protrusionsmuster (eine Antwort auswählen)

Gerade Korrigierte Deviation

Unkorrigierte Deviation

nach rechts nach links

4. Öffnungs- und Schließbewegungen

A. Schmerzfreie SKD

mm

Rechte Seite

Linke Seite

Schmerz

Bekannter Schmerz

Bekannter Kopfschmerz

Schmerz

Bekannter Schmerz

Bekannter Kopfschmerz

B. Maximal aktive SKD

mm

Temporalis

N J

N J

N J

N J

N J

N J

Masseter

N J

N J

N J

N J

Gelenk

N J

N J

N J

N J

Andere Kaum.

N J

N J

N J

N J

Nicht-Kaum.

N J

N J

N J

N J

C. Maximal passive SKD

mm

Temporalis

N J

N J

N J

N J

N J

N J

Masseter

N J

N J

N J

N J

Gelenk

N J

N J

N J

N J

Andere Kaum.

N J

N J

N J

N J

Nicht-Kaum.

N J

N J

N J

N J

D. Abgebrochen durch Patienten

N J

E. Passiver manueller Überdruck

bekannter Schmerz N J

5. Laterotrusion und Protusion

Rechte Seite

Linke Seite

Schmerz

Bekannter Schmerz

Bekannter Kopfschmerz

Schmerz

Bekannter Schmerz

Bekannter Kopfschmerz

A. Laterotrusion nach rechts

mm

Temporalis

N J

N J

N J

N J

N J

N J

Masseter

N J

N J

N J

N J

Gelenk

N J

N J

N J

N J

Andere Kaum.

N J

N J

N J

N J

Nicht-Kaum.

N J

N J

N J

N J

Passiver manueller Überdruck

schmerzhaft schmerzfrei

schmerzhaft schmerzfrei

B. Laterotrusion nach links

mm

Temporalis

N J

N J

N J

N J

N J

N J

Masseter

N J

N J

N J

N J

Gelenk

N J

N J

N J

N J

Andere Kaum.

N J

N J

N J

N J

Nicht-Kaum.

N J

N J

N J

N J

Passiver manueller Überdruck

schmerzhaft schmerzfrei

schmerzhaft schmerzfrei

C. Protusion

mm

Temporalis

N J

N J

N J

N J

N J

N J

Masseter

N J

N J

N J

N J

Gelenk

N J

N J

N J

N J

Andere Kaum.

N J

N J

N J

N J

Nicht-Kaum.

N J

N J

N J

N J

Passiver manueller Überdruck

schmerzhaft schmerzfrei

schmerzhaft schmerzfrei

falls negativ

6. Kiefergeräusche während Öffnungs- und Schließbewegungen

Rechtes Kiefergelenk					
	Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen			
Knacken	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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
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		

Linkes Kiefergelenk					
	Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen			
Knacken	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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
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		

7. Kiefergelenkgeräusche bei Laterotrusion und Protrusion

Rechtes Kiefergelenk					
	Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen			
Knacken	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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
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		

Linkes Kiefergelenk					
	Untersucher		Patient	Schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen			
Knacken	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<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
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		

8. Gelenkblockade

Rechtes Kiefergelenk			
	Blockade	lösbar durch	
		Untersucher	Patient
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
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

Linkes Kiefergelenk			
	Blockade	lösbar durch	
		Untersucher	Patient
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
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

9. Muskel- und Kiefergelenkschmerzen bei Palpation (l.d.R. für Temporalis und Masseter neun Punkte palpieren)

Rechtes Kiefergelenk					
Muskulatur (1kg)	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Aus-Über-	
				breitender Schmerz	tragener 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
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

Linkes Kiefergelenk					
Muskulatur (1kg)	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Aus-Über-	
				breitender Schmerz	tragener 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
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

Rechte Seite			
Kiefergelenk	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
Um den lateralen Pol (1kg)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J

Linke Seite			
Kiefergelenk	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
Um den lateralen Pol (1kg)	<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 (0,5kg)			
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
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
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
Tempoalissehne	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J

Linke Seite (0,5kg)			
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
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
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
Tempoalissehne	<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
Modifiziert und durch nicht wissenschaftlich belegte Tests aus der manuellen Therapie ergänzt.



CORPUS NATURALE