

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

Horizontaler inzisaler Überbiss (Overjet)

falls negativ mm

Referenzzahn 11 21 Anderer _____

Vertikaler inzisaler Überbiss (Overbite)

falls negativ mm

Mittellinien-Abweichung

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

Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz

Linke Seite

Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz

B. Maximal aktive SKD

mm

	Rechte Seite	Linke Seite
	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz
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
Gelenk	<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
Anderer Kaum.	<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
Nicht-Kaum.	<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

C. Maximal passive SKD

mm

	Rechte Seite	Linke Seite
	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz
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
Gelenk	<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
Anderer Kaum.	<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
Nicht-Kaum.	<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

D. Abgebrochen durch Patienten

N J

E. Passiver manueller Überdruck

bekannter Schmerz N J

5. Laterotrusion und Protusion

Rechte Seite

Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz

Linke Seite

Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz

A. Laterotrusion nach rechts

mm

	Rechte Seite	Linke Seite
	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz
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
Gelenk	<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
Anderer Kaum.	<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
Nicht-Kaum.	<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

Passiver manueller Überdruck schmerzhaft schmerzfrei

schmerzhaft schmerzfrei

B. Laterotrusion nach links

mm

	Rechte Seite	Linke Seite
	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz
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
Gelenk	<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
Anderer Kaum.	<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
Nicht-Kaum.	<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

Passiver manueller Überdruck schmerzhaft schmerzfrei

schmerzhaft schmerzfrei

C. Protusion

mm

	Rechte Seite	Linke Seite
	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz	Schmerz Bekannter Schmerz Bekannter Kopfschmerz
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
Gelenk	<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
Anderer Kaum.	<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
Nicht-Kaum.	<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

falls negativ

Passiver manueller Überdruck schmerzhaft schmerzfrei

schmerzhaft schmerzfrei

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

Linkes Kiefergelenk			
	Blockade	lösbar durch	
		Untersucher	Patient
während der Öffnung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
bei weiter Mundöffnung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N

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

Rechtes Kiefergelenk					
Muskulatur (1kg)	Schmerz	Bekannter Schmerz	Ausbreitender Schmerz		Übertragener Schmerz
			Bekannter Kopfschmerz	breitender Schmerz	
Temporalis	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Masseter	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N

Linkes Kiefergelenk					
Muskulatur (1kg)	Schmerz	Bekannter Schmerz	Ausbreitender Schmerz		Übertragener Schmerz
			Bekannter Kopfschmerz	breitender Schmerz	
Temporalis	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Masseter	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N

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

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

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

Linke Seite (0,5kg)			
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
Regio submandibularis	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Bereich des M. pteryg. lat.	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Tempoalissehne	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N

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.