

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (German)



International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
A Consortium Focused On Clinical Translation Research

Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

www.rdc-tmdinternational.org

Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion: Untersuchungsbögen (Deutsch)

German translation by

Dr. Anne Asendorf¹

Dr. Lydia Eberhard¹

Stefanie Daniel-Schierz²

Collaborators

PD Dr. Oliver Schierz²

Prof. Dr. Peter Rammelsberg¹

PD Dr. Nikolaos Nikitas Giannakopoulos³

Universitätsklinikum Heidelberg¹, Universitätsmedizin Leipzig²,
Universitätsklinikum Würzburg³

Die Übersetzung wurde mit Mitteln der DGZMK finanziert

Accepted December 16th 2018 by the Consortium

Translation available at www.RDC-TMDinternational.org

Contents

Overview	3
Printing Guidance.....	4
How to Cite This Document	5
Acknowledgments.....	7
Axis I Assessment	8
TMD Pain Screener	9
Symptom Questionnaire	11
Demographics	14
Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands	16
Clinical Examination Form (Version 1)	45
Clinical Examination Form (Version 2)	48
Diagnosis	51
Decision Tree	52
Diagnostic Criteria Table	55
Axis II Assessment	61
Pain Drawing	63
Graded Chronic Pain (version 2)	65
JFLS-8	67
JFLS-20	69
PHQ-4	71
PHQ-9	73
GAD-7	75
PHQ-15	77
Oral Behaviors Checklist	79

Overview

This document contains the complete assessment tools for the DC/TMD. The full download package is comprised of three documents pertaining to the use of the DC/TMD:

- Ohrbach R (editor) (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. (this document)
- Ohrbach R, Knibbe W (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Scoring Manual for Self-Report Instruments.
- Ohrbach R, Gonzalez YM, List T, Michelotti A, Schiffman E (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Clinical Examination Protocol.

All of these documents are available at www.rdc-tmdinternational.org. The standard source version of these documents is in English; translated versions of the assessment instruments are available in many languages. The remaining two documents are available primarily in the original English; indeed, we envision that the professional users of the DC/TMD will rely on the English language version documents for how to conduct the examination and how to score the self-report instruments.

The direct patient assessment tools rely critically on language use, either in written form for self-administration by the patient or in verbal form for use by the examiner in speaking to the patient. The tools in this document are primarily those that interface directly with the patient, yet their terminology is tied directly to the patient assessment procedures; these tools include the examination form, decision trees, and diagnostic criteria. The latter tools are also included in this document; for the translated versions of the DC/TMD, these latter tools are in either English or also in translated form.

Translations of the DC/TMD instruments were conducted according to INfORM standards; see Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; and Ohrbach R (2017) Translation and Adaptation of the DC/TMD Protocol, available at the same URL indicated above. Please refer to these documents for specific procedures and requirements that the translated instruments adhere to with regard to appropriate semantic and cultural validity compared to the source documents. Note that the Consortium views the assessment protocol and its instruments to be under continued development, and it also considers translated versions of those assessment instruments to be works in progress, with validation an ongoing process just as for the source instruments. Finally, the format of this document is also subject to revision; this is version 2017_09_29.

Disclaimer: The provision of these documents does not constitute endorsement for any empirical validity; that must be established separately and any such documentation will be made available on the Consortium website. For translated versions, full documentation of the translation process is available at the above URL as Translation Logs.

Any questions regarding this document should be directed towards the editor or, for translated versions, the translator, depending on whether the question concerns the source version in English or a translated version.

Printing Guidance

Users of this document may want to print selected pages containing forms of interest. The below table lists the pages associated with each of the identified forms or sections of forms. Intended usage is for the user to copy the page numbers for the sections of interest and paste that information into the 'select pages' field on the printer dialog box.

Section	Page(s)
Axis I: TMD Pain Screener	10
Axis I: All clinical forms	12, 13, 15, 46, 47, 49, 50
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	17-44
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	53, 54, 56-60
Axis II: Screening	64, 66, 68, 72, 80
Axis II: Comprehensive	64, 66, 70, 74, 76, 78, 80

How to Cite This Document

The below examples illustrate how to cite both this document, the translated version of the DC/TMD, as well as the associated documents which may often be cited in conjunction with this one, depending on usage. In the below citation examples, “Accessed on *<date>*.” will be completed at the time a citation is used in a document (such as a manuscript).

Citation of English language source

Cite this document as follows:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

For example:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on July 1, 2016.

Citation of translation of this document

Translated versions of this document should be cited as follows if the title is also translated:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German* Version 25May2016] *Asendorf A, Eberhard L, Schierz O*, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

There are five scenarios of usage for the three documents comprising the full assessment set, each of which will have different citation requirements.

1. Use of full DC/TMD (Axis I and Axis II)
 - a. If only English version is used for both Axis I and Axis II, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - b. If the English version of the procedures for the examination protocol is used and the translated version of the assessment protocol is used, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. *Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German* Version 25May2016] *Asendorf A, Eberhard L, Schierz O* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

- c. If fully translated version of the examination protocol is used and the translated version of the assessment protocol is used, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013 Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German Version 02June2013] [Asendorf A, Eberhard L, Schierz, Trans. www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German Version 25May2016*] [Asendorf A, Eberhard L, Schierz O, Trans. www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
2. Use of only DC/TMD Axis I
- a. If only English version of the examination protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
 - b. If only the examination commands are translated, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. *Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German Version 25May2016*] [Asendorf A, Eberhard L, Schierz O, Trans. www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
 - c. If fully translated version of the examination protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. *Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German Version 25May2016*] [Asendorf A, Eberhard L, Schierz O, Trans. www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
3. Use of only DC/TMD Axis II
- a. If only English version of the Axis II protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.
 - b. If translated version of the Axis II instruments is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016 *Diagnostische Kriterien für Craniomandibuläre Dysfunktion (DC/TMD) Untersuchungsbögen: German Version 25May2016*] [Asendorf A, Eberhard L, Schierz O, Trans. www.rdc-tmdinternational.org](#) Accessed on *<date>*.

4. Citation of the self-report scoring manual
 - a. If only English version of this document is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
5. Use of only part of the DC/TMD Axis II
 - a. If only English versions of the instruments are used, the user should cite the original source of the instrument(s) that is/are used. For example, only the TMD Pain Screener and the JFLS are used in a given application; then the user would cite Gonzalez et al, 2011, and Ohrbach et al, 2008, respectively.
 - b. If translated versions of the instruments were used, then the user would cite the source instruments as well as the fully translated assessment instrument document.

Acknowledgments

The DC/TMD is the result of many, many individuals and sponsors, and the assessment instruments in this document are an outcome of that very large process. Ohrbach and Dworkin, *Journal of Dental Research*, 2016 provide, as published acknowledgments, a full list of all of the contributors to the DC/TMD from research, publications, and workshops. This document, as a container for the assessment instruments in both English and translated forms, is yet another collaboration. To that end, the editor thanks Thomas List (Malmö, Sweden) and Ambra Michelotti (Naples, Italy) for their assistance regarding the structure and formatting of the completed DC/TMD. In addition, the editor expresses gratitude to Wendy Knibbe (ACTA, Amsterdam, The Netherlands) and to Birgitta Häggman-Henrikson (University of Malmö, Sweden) for their assistance in shaping this document, the major public face of the DC/TMD assessment tools. I also thank Wendy Knibbe and Yoly Gonzalez (University at Buffalo, NY, US) for their complementary assistance in helping refine the English version of all of the assessment instruments during the first translations of the DC/TMD (to Dutch, and to Spanish, respectively) by catching mistakes and typographical errors throughout the documents. Wendy and Yoly have provided all of us with better assessment instruments.

Axis I Assessment

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓		TMD Pain Screener	Gonzalez YM, Schiffman E, Gordon G, Seago B, Truelove EL, Slade G, Ohrbach R. Development of a brief and effective temporomandibular disorder pain screening questionnaire: reliability and validity. <i>JADA</i> 142:1183-1191, 2011. Form version: October 11, 2013
	✓	DC/TMD Symptom Questionnaire	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	DC/TMD Demographics	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	Pain-related Interview and Examiner Commands	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014
	✓	Clinical Examination Form North American and FDI	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014

TMD Pain Screener

TMD-SCHMERZ-SCREENER

1. Wie lange haben in den letzten 30 Tagen irgendwelche Schmerzen in Ihrem Kiefer oder Schläfenbereich auf einer oder beiden Seiten angehalten?
 - a. Keine Schmerzen
 - b. Schmerzen kommen und gehen
 - c. Schmerzen sind immer da

2. Hatten Sie in den letzten 30 Tage beim Aufwachen Schmerzen oder war Ihr Kiefer steif?
 - a. Nein
 - b. Ja

3. Haben die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage einen Schmerz in ihrem Kiefer oder im Schläfenbereich auf einer oder beiden Seiten verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?
 - A. Kauen von harter oder zäher Nahrung
 - a. Nein
 - b. Ja

 - B. Öffnung des Mundes oder Vorwärts- bzw. Seitwärtsbewegung des Kiefers
 - a. Nein
 - b. Ja

 - C. Angewohnheiten wie die Zähne aufeinander halten, pressen der Zähne, Zähneknirschen, oder Kaugummikauen
 - a. Nein
 - b. Ja

 - D. Andere Aktivitäten wie Sprechen, Küssen oder Gähnen
 - a. Nein
 - b. Ja

Symptom Questionnaire

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Symptombezogener Fragebogen

Patienten Name _____ Datum _____

SCHMERZEN

1. Hatten Sie jemals auf einer oder beiden Seiten Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr? Nein Ja

Wenn Sie mit NEIN geantwortet haben, dann springen Sie zu Frage 5

2. Vor wie vielen Jahren oder Monaten hat Ihr Schmerz im Kiefer, den _____ Jahre _____ Monate Schläfen, im oder vor dem Ohr erstmals begonnen?

3. Welche der folgenden Antworten beschreibt die Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr auf beiden Seiten in den letzten 30 Tagen am besten?
- Keine Schmerzen
- Schmerzen kommen und gehen
- Schmerzen sind immer vorhanden

Wählen Sie EINE Antwort.

Wenn Sie bei Frage 3 „keine Schmerzen“ angegeben haben, dann gehen Sie bitte direkt zu Frage 5

4. Haben die folgenden Aktivitäten in den letzten 30 Tagen einen Schmerz im Kiefer oder im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr, auf einer oder beiden Seiten verändert (d. h. verbessert bzw. verschlechtert)?

	Nein	Ja
A. Kauen von harter oder zäher Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Öffnung des Mundes oder Bewegung des Kiefers nach vorn oder zur Seite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Angewohnheiten wie Zähne aufeinander halten, Pressen/Knirschen mit den Zähnen oder Kaugummikauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Andere Aktivitäten wie Reden, Küssen oder Gähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOPFSCHMERZEN

5. Hatten Sie in den letzten 30 Tagen Kopfschmerzen im Schläfenbereich? Nein Ja

Wenn Sie auf Frage 5 mit NEIN geantwortet haben, dann springen Sie zu Frage 8.

6. Vor wie vielen Jahren oder Monaten trat Ihr Schläfenkopfschmerz erstmals auf? _____ Jahre _____ Monate

7. Haben die folgenden Aktivitäten in den letzten 30 Tagen einen Schläfenkopfschmerz auf einer oder beiden Seiten verändert (d.h. verbessert bzw. verschlechtert)?

	Nein	Ja
A. Kauen von harter oder zäher Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Öffnung des Mundes oder Bewegung des Kiefers nach vorn oder zur Seite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Angewohnheiten wie Zähne aufeinander halten, Pressen/Knirschen mit den Zähnen oder Kaugummikauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Andere Aktivitäten wie Reden, Küssen oder Gähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GELENKGERÄUSCHE

	Nein	Ja	Office use		
			R	L	DNK
8. Hatten Sie in den letzten 30 Tagen Gelenkgeräusche, wenn Sie Ihren Kiefer bewegt oder benutzt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KIEFERKLEMME

9. War Ihre Mundöffnung <u>jemals</u> , auch nur für einen Moment blockiert, sodass sich der Unterkiefer <u>nicht</u> VOLLSTÄNDIG öffnen ließ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn Sie auf Frage 9 mit NEIN geantwortet haben, dann springen Sie zu Frage 13.

10. War die Blockade Ihres Kiefers so stark, dass es Ihre Mundöffnung eingeschränkt und Ihre Fähigkeit zu Essen beeinträchtigt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Hatten Sie in den letzten 30 Tagen eine Kieferklemme, sodass Sie den Mund, wenn auch nur kurzzeitig, <u>nicht</u> VOLLSTÄNDIG öffnen konnten, und löste sich diese anschließend, sodass Sie den Mund VOLLSTÄNDIG öffnen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn Sie auf Frage 11 mit NEIN geantwortet haben, dann springen Sie zu Frage 13

12. Ist Ihr Kiefer gegenwärtig blockiert oder eingeschränkt, so dass sich Ihr Kiefer <u>nicht</u> VOLLSTÄNDIG <u>öffnen</u> lässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

KIEFERSPERRE

13. Ist Ihr Kiefer in den letzten 30 Tagen, bei weiter Mundöffnung, auch nur für einen kurzen Moment, blockiert bzw. hängen geblieben, sodass Sie den Mund von dieser weit geöffneten Position aus <u>nicht</u> mehr <u>schließen</u> konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn Sie auf Frage 13 mit NEIN geantwortet haben, endet der Fragebogen hier.

14. Mussten Sie in den letzten 30 Tagen, als ihr Kiefer weit geöffnet blockiert oder hängen geblieben war, etwas unternemen, um ihn schließen zu können, z.B. entspannen, bewegen, drücken oder umlenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Demographics

Demographische Angaben

1. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

Verheiratet

Lebensgemeinschaft

Geschieden

Getrennt lebend

Verwitwet

Niemals verheiratet

2. In welchem Land wurden Sie geboren?

Wenn außerhalb Deutschlands. Wie alt waren Sie als Sie nach Deutschland kamen?

3a. In welchem Land wurde Ihr Vater geboren?

3b. In welchem Land wurde Ihre Mutter geboren?

4. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss

Kein Schulabschluss

8. Klasse (bzw. Hauptschulabschluss)

10. Klasse (Mittlere Reife)

Abitur

Studium

Bitte geben Sie die Anzahl der Jahre an, die Sie insgesamt in Schule/Berufausbildung/Studium verbracht haben:

5. Wie ist Ihre derzeitige Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?

Vollzeit

Teilzeit

Hausfrau/Hausmann/Elternzeit

Ausbildung

Arbeitslos

Berentet

Andere

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

5 Complete Specifications for DC/TMD Examination

5.1 Overview [see end of document for authorship and title]

The Complete Specifications are intended to facilitate maximal reliability in clinical technique for the researcher and clinician.

The verbal commands and associated procedures used for each component of the clinical examination are listed in a table format for ready reference. The reader should refer to Section 2 (General Instructions) and Section 3 (Description of DC/TMD Examination Procedures) for further details regarding these procedures. Figures, as referenced below, are found in Section 7. The enumeration of the examination procedures in this section corresponds to the enumeration in Section 3 and to the DC/TMD Examination Form (Section 9). Section 6 contains the Examination-Related Pain Interview, which is repeatedly referenced in the below Protocol. Section 8 lists only the required verbal commands (See 5.1, Conventions for clarification), which serve two purposes: facilitate learning the core component of the structured examination, and the required commands are the only part of the DC/TMD Clinical Examination Protocol that must be translated for use of the examination specifications in another language.

5.2 Conventions for Section 5.3

1. “Verbal Commands” as used by the examiner are of four forms:
 - a. **Bold text** identifies verbal commands that should be stated verbatim by the examiner.
 - b. Non-bold text identifies verbal commands or statements for which strict implementation is not expected. The examiner should follow the intent of the command or statement and convey that intent to the patient.
 - c. [Square-bracketed text] denotes optional commands.
 - i. “Place your mouth in a comfortable position [with your back teeth apart]” refers to a standard reference position by the patient which is required prior to most examination procedures. This command is used contingently on what the patient does. If the patient automatically returns his/her mandible to a “comfortable position” after completion of a procedure, then nothing more needs to be done by the examiner. Otherwise, the examiner should use the command. It is included with each set of procedures in order to remind the examiner that the next procedure takes as its starting point this neutral position.
 - ii. All other optional commands address common situations and should be used as needed depending on the patient response during the examination procedure.
 - d. <Angle-bracketed text> identifies instructions to the examiner.
2. Italicized text denotes comments and clarifications regarding verbal commands; overlap between the comments and clarifications in this section and that in Sections 1 and 2 is intentional.
3. ALL UPPERCASE TEXT under “Verbal Commands” or “Examiner Procedures” denotes conditional instructions.
4. [Response options] are placed between vertical bars.

5.3 Specifications

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
E1. Bestätigung der Schmerz- und Kopfschmerz-Lokalisationen durch den Untersucher		
<i>Informationen zur Identifizierung</i>	<keine>	Der Untersucher trägt den Patientennamen, Untersuchernamen und Untersuchungstag in das Formular ein.
<i>Anweisungen an den Patienten</i>	<p>Bevor ich mit der Untersuchung beginne, möchte ich noch einige Punkte mit Ihnen besprechen.</p> <p>Ich werde Sie zu Schmerzen befragen, wobei nur Sie selbst wissen ob Sie Schmerzen haben. Wenn ich Sie nach Schmerzen frage, möchte ich, dass Sie mit „Ja“ oder „Nein“ antworten. Falls Sie unsicher sind, geben Sie bitte Ihre bestmögliche Antwort.</p> <p>Falls Sie Schmerzen fühlen, werde ich Sie auch fragen, ob Ihnen der Schmerz bekannt ist. Die Bezeichnung „bekanntem Schmerz“ bezieht sich auf Schmerzen, die sich ähnlich oder genauso anfühlen wie die Schmerzen, die Sie in den letzten 30 Tagen in dem gleichen Bereich ihres Körpers gespürt haben.</p> <p>Falls Sie Schmerzen im Bereich der Schläfen fühlen, werde ich Sie fragen, ob diese Schmerzen sich wie irgendwelche Kopfschmerzen anfühlen, die Sie während der letzten 30 Tage im Schläfenbereich gehabt haben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerz, wie er hier definiert ist, ist absolut zu verstehen, aber die Übertragung in lokale Begriffe (oder eine andere Sprache) erfordert die Beachtung kultureller Standards. Ziel ist es, die Verantwortung für die Feststellung von Schmerzen klar dem Patienten zu übertragen, und die einzige Antwort, die akzeptiert werden kann, ist entweder „Ja“ oder „Nein“. ● Die Definition von „bekanntem Schmerz“ benötigt möglicherweise weitere Ausführungen, wenn zum ersten Mal innerhalb der Untersuchung danach gefragt wird. Andere Umschreibungen sind „ähnlich“ oder „fühlt sich an wie“.
<i>Umfang der Untersuchung: Anatomische Bereiche von Interesse Abbildung 1</i>	<p>Zum Zweck dieser Untersuchung interessieren mich Schmerzen, die Sie in den folgenden Bereichen ...</p> <p>... und auch innerhalb des Mundes haben könnten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Untersucher berührt beidseits gleichzeitig nacheinander die folgenden 4 Bereiche: Temporalis, Präauriculärbereich, Masseterbereich, retromandibulärer und submandibulärer Bereich ● Untersucher sagt “hier”, während er jeden der o.g. Bereiche berührt. ● Diese Bereiche werden <u>nicht</u> anatomisch benannt, während sie berührt werden

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p><i>Lokalisation von Schmerzen innerhalb den letzten 30 Tagen</i></p> <p><i>Abbildungen</i></p> <p>2 & 3</p>	<p>Hatten Sie während der letzten 30 Tage in diesen Bereichen [die ich berührt habe] Schmerzen?</p> <p>FALLS „JA“:</p> <p>Bitte zeigen Sie mit Ihrem Finger auf die jeweiligen Bereiche, in denen Sie [in den letzten 30 Tagen] Schmerzen hatten.</p> <p>Gibt es noch weitere Bereiche, in denen Sie [innerhalb den letzten 30 Tagen] Schmerzen hatten?</p> <p>FALLS „JA“, BESTÄTIGUNG DURCH UNTERSUCHER:</p> <p>Lassen Sie mich bestätigen, wohin sie gerade gezeigt haben.</p>	<p>WENN DER PATIENT KEINE SCHMERZEN IN DEN ANGEZEIGTEN BEREICHEN ANGIBT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Notieren Sie “keine” für jeweils die rechte und linke Seite unter Q1a. <p>WENN DER PATIENT SCHMERZEN IN DEN ANGEZEIGTEN BEREICHEN ANGIBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Der Untersucher erkundigt sich nach allen Lokalisationen. ● Der Untersucher berührt betroffene Bereiche um die Lokalisation durch den Patienten bestätigen zu lassen, und fragt “hier?”. ● Notieren Sie die Schmerzlokalisierungen unter Q1a
<p><i>E1b</i></p> <p><i>Kopfschmerzlokalisierung während der letzten 30 Tage.</i></p>	<p>Hatten Sie während der letzten 30 Tage Kopfschmerzen?</p> <p>FALLS „JA“:</p> <p>Bitte zeigen Sie mit Ihrem Finger auf die jeweiligen Bereiche, in denen Sie [während der letzten 30 Tage] Kopfschmerzen gefühlt haben.</p> <p>Gibt es noch weitere Bereiche, in denen Sie [während der letzten 30 Tage] Kopfschmerzen hatten?</p> <p>FALLS „JA“, BESTÄTIGUNG DURCH UNTERSUCHER:</p> <p>Lassen Sie mich die Bereiche bestätigen, auf die sie gerade gezeigt haben.</p>	<p>WENN DER PATIENT KEINE KOPFSCHMERZEN IN DEN ANGEZEIGTEN BEREICHEN ANGIBT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Notieren Sie “keine” für rechte und linke Seite unter Q1b. <p>WENN DER PATIENT KOPFSCHMERZEN ANGIBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Der Untersucher erkundigt sich nach allen Lokalisationen. ● Der Untersucher berührt betroffene Bereiche um die Lokalisation durch den Patienten bestätigen zu lassen, und fragt “hier?”. ● Notieren Sie die Kopfschmerzlokalisierungen unter Q1b
<p>E2. Schneidekantenverhältnisse</p>		
<p><i>Wählen Sie Referenzzähne im Ober- und Unterkiefer aus</i></p>	<p><i>Zur Markierung der Zähne.</i></p> <p><i>Bitte leicht öffnen.</i></p> <p><i>Ich werde mit dem Stift einige Markierungen auf Ihren Zähnen anbringen, die am Ende der Untersuchung wieder entfernt werden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die potentiellen Referenzzähne im Oberkiefer und Unterkiefer müssen gleichzeitig beurteilt werden, weil sie zusammen ausgewählt werden. ● Wählen Sie den rechten zentralen Oberkiefer-Schneidezahn (US #8, FDI #11), wenn dessen Schneidekante

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
		<p>horizontal verläuft, der Zahn vertikal ausgerichtet und nicht rotiert ist, anderenfalls wählen Sie Zahn 21, wenn er diesen Kriterien besser entspricht. Siehe Kapitel 3, E2 für weitere Anweisungen. Tragen Sie den ausgewählten Zahn in das Untersuchungsformular ein.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Beachten Sie, dass die mesiodistale Mitte des Oberkiefer-Referenzzahnes die spezifische Oberkieferreferenzposition für alle Messungen des vertikalen und protrusiven Bewegungsspielraums ist. ● Wählen Sie den Unterkiefer - Referenzzahn aus, der dem mesio-distalen Mittelpunkt des Oberkiefer-Referenzzahnes gegenübersteht. ● Der Punkt auf der Inzisalkante des Unterkiefer-Referenzzahnes, die der mesio-distalen Mitte des Oberkiefer-Referenzzahnes gegenüberliegt, ist die Unterkieferreferenzposition für alle Messungen des vertikalen Bewegungsspielraums. ● Die Labialfläche des Unterkiefer-Referenzzahns, die gegenüber der mesio-distalen Mitte des Oberkiefer-Referenzzahns liegt, ist die Unterkieferreferenzposition für alle protrusiven Bewegungsmessungen. ● Falls ein anteriorer Kreuzbiss oder offener Biss vorliegt, beinhalten die konkreten Maßnahmen auch die Markierung des Felds "negativ" auf dem Untersuchungsbogen.
<p><i>Referenzlinie – vertikaler Überbiss</i></p> <p><i>Abbildung 4</i></p>	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Markieren Sie mit einem Stift die horizontale Referenzlinie, wo der zentrale Bereich der Inzisalkante des Oberkieferreferenzzahns den gegenüberliegenden Unterkieferschneidezahn

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
		<p>überlappt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bei anteriorem Kreuzbiss gehen Sie umgekehrt vor.
<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Referenzlinie – Referenz-Mittellinie im Unterkiefer</i> ● <i>Abb. 5 & 6</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● [Legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander.] ● <Falls notwendig, bitten Sie den Patienten, leicht zu öffnen, damit die Unterkiefer-Schneidekanten beobachtet werden können.> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bewerten Sie die dentalen Mittellinien des Oberkiefers und Unterkiefers; wenn die Diskrepanz weniger als 1 mm beträgt, notieren Sie '0' mm. ● Wenn die Diskrepanz der Mittellinie ≥ 1 mm beträgt, wählen Sie bitte aus den folgenden Methoden: ● Methode 1: Messen Sie die Distanz jeder Diskrepanz zwischen den dentalen Mittellinien des Oberkiefers und Unterkiefers in der Frontalebene und notieren Sie die Richtung der Abweichung der mandibulären Mittellinie im Bezug zur maxillären Mittellinie. Die dentale Unterkiefer-Mittellinie bildet nun die Referenz für die Messung lateraler Unterkieferbewegungen. ● Methode 2: Zeichnen Sie eine vertikale Linie auf die Oberfläche des zentralen oberen Schneidezahns und verlängern Sie die Linie bis auf den korrespondierenden Unterkiefer-Schneidezahn. Die vertikalen Markierungen auf den beiden Schneidezähnen sind nun die Referenz-Mittellinien. ● Methode 3: Übertragen Sie mit einer vertikalen Stiftmarkierung die maxilläre dentale Mittellinie auf den korrespondierenden Unterkiefer-Schneidezahn. Die vertikale Markierung auf dem Unterkiefer-Schneidezahn dient jetzt als Referenzmittellinie für den Unterkiefer. ● Bei anteriorem Kreuzbiss verkehren Sie bitte o.g. Anweisungen in Bezug auf Oberkiefer und Unterkiefer ● Bei Methode 1 notieren Sie den Messwert und die Richtung

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p><i>Horizontaler inzisaler Überbiss</i></p> <p><i>Abbildung 7</i></p>	<p>[Legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bei Methode 2 oder 3 notieren Sie den Wert '0'. ● Vergewissern Sie sich, dass sich die Zähne in maximaler Interkuspitation befinden. ● Messen Sie den Abstand vom mesiodistalen Mittelpunkt der Labialfläche des gewählten zentralen oberen Schneidezahns zur Labialfläche des gegenüberliegenden unteren Schneidezahns in der Horizontalebene. ● Wenn ein anterior offener Biss vorliegt, markieren Sie bitte „negativ“. ● Notieren Sie die Messwerte.
<p><i>Vertikaler inzisaler Überbiss</i></p> <p><i>Abbildung 8</i></p>	<p>< Bitten Sie den Patienten, so weit zu öffnen, dass Sie den vertikalen Überbiss messen können.></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Messen Sie den Betrag, um den der Oberkieferzahn den Unterkieferzahn überlappt. ● Bei anterior offenem Biss messen Sie die Distanz zwischen den Inzisalkanten des Oberkiefer- und Unterkieferschneidezahns und markieren Sie "negativ". ● Wenn ein anteriorer Kreuzbiss vorliegt, kehren Sie die Anweisungen in Bezug auf Oberkiefer und Unterkiefer um. ● Notieren Sie die Messwerte.
<p>E3. Öffnungsmuster (ergänzend)</p>		
<p><i>Öffnungsmuster</i></p> <p><i>Abbildungen 9 & 10</i></p>	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander</p> <p>Ich möchte, dass Sie Ihren Mund langsam so weit wie möglich öffnen, auch wenn es schmerzhaft ist, und dann schließen, bis Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander liegen.</p> <p>Noch zweimal wiederholen.</p> <p><u>Alternatives Format:</u> <i>Im Englischen ist der Ausdruck "öffnen Sie so weit Sie können"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Beobachten, ob die Öffnungsbewegung gerade (keine sichtbare Abweichung: ≤ 2 mm zu beiden Seiten der Mittellinie), korrigiert (z.B. S- oder C-förmige Abweichung, >2mm) oder unkorrigiert (z.B. laterale Deviation, >2mm) ist. ● Beobachten, ob bei unkorrigierter Deviation und maximaler Öffnung die Abweichung zur rechten oder linken Seite erfolgt. ● Es kann mehr als eine Option

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
	<p><i>üblich. In anderen Sprachen kann dies abweichen, z.B. ist „so sehr, wie Sie können“ in anderen Sprachen oftmals gebräuchlicher.</i></p>	<p>ausgewählt werden. Dies erlaubt die Aufzeichnung sämtlicher Bewegungstypen für den Fall, dass die Bewegung bei wiederholter Untersuchung inkonsistent ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wiederholen Sie dies noch 2 Mal
<p>E4. Öffnungs- und Schließbewegungen 4A. SCHMERZFREIE ÖFFNUNG</p>		
<p><i>Position des Lineals für Messung vertikaler Bewegungen</i></p>	<p><Keine></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Platzieren der „0“-Kante eines vorbereiteten Millimeterlineals (siehe Abschnitt 1) auf der Inzisalkante des mandibulären Referenzzahns
<p>E4A Schmerzfremie Öffnung Abbildung 11</p>	<p>Ich möchte, dass Sie Ihren Mund so weit wie möglich öffnen, ohne dadurch Schmerzen auszulösen oder bestehende Schmerzen zu verstärken.</p> <p><u>Alternatives Format:</u> <i>Im Englischen ist der Ausdruck „öffnen Sie so weit Sie können“ üblich. In anderen Sprachen kann dies abweichen, z.B. ist „so sehr wie Sie können“ in anderen Sprachen oftmals gebräuchlicher</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Messen Sie den Interinzisalabstand zwischen maxillärem und mandibulärem Referenzzahn. ● Notieren Sie den Messwert.
<p>4B. MAXIMALE NICHT-UNTERSTÜTZTE ÖFFNUNG</p>		
<p><i>Ausgangsposition</i></p>	<p><keine></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die maximale nicht-unterstützte Öffnung kann oft direkt ohne zwischenzeitlichen Kieferschluss nach der Messung der schmerzfreien Öffnung beurteilt werden
<p>E4B Maximale nicht-unterstützte Öffnung Abbildung 12</p>	<p>Ich möchte, dass Sie den Mund so weit wie möglich öffnen, auch wenn es schmerzhaft ist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Positionieren Sie das Lineal wie unter 4A. ● Messen Sie den Interinzisalabstand zwischen maxillärem und mandibulärem Referenzzahn. ● Notieren Sie den Messwert.
<p>E4B Schmerz nach Maximaler nicht-unterstützter</p>	<p>Hatten Sie bei dieser Bewegung irgendwelche Schmerzen? Siehe SCHMERZBEFRAGUNG</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestätigen Sie die anatomischen Strukturen, die der Patient als schmerzhaft angegeben hat.

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p>Öffnung Abb. 13</p>	<p>6.2.1: Bewegungsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Notieren Sie diesen Befund.
4C. MAXIMALE UNTERSTÜTZTE ÖFFNUNG		
<p>Anweisungen</p>	<p>Gleich werde ich versuchen, [wenn möglich] Ihren Mund mit meinen Fingern noch weiter zu öffnen. Wenn Sie möchten, dass ich aufhöre, heben Sie bitte Ihre Hand. Dann werde ich sofort aufhören.</p>	<p><keine></p>
<p>E4C Maximale unterstützte Öffnung Abbildung 14</p>	<p>Ich platziere jetzt mein Lineal. [Pause]</p> <p>Bitte öffnen Sie jetzt [Ihren Mund] so weit wie möglich, auch wenn es schmerzhaft ist, so wie Sie es eben schon gemacht haben. [Pause]</p> <p>Sie spüren jetzt gleich meine Finger Bitte entspannen Sie Ihren Kiefer, so dass ich Ihnen helfen kann, noch weiter zu öffnen, wenn möglich. [Pause]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Positionieren Sie das Lineal wie unter 4A. ● Stellen Sie sicher, dass der Patient initial im gleichen Ausmaß öffnet wie bei der maximalen nicht-unterstützten Mundöffnung. ● Falls nicht, fordern Sie den Patienten auf, noch weiter zu öffnen. ● Platzieren Sie den Daumen auf den zentralen Oberkiefer-Schneidezähnen und kreuzen Sie mit dem Zeigefinger zu den zentralen Unterkieferschneidezähnen. (Die Orientierung der Finger ist relativ zum Prüfer, der vor dem Patienten steht..) ● Unterstützen Sie den Unterkiefer mit den Fingern, bevor Sie sagen "Bitte entspannen Sie..." ● Drücken Sie den Mund unter mäßigem Druck weiter auf, bis entweder (1) Gewebswiderstand fühlbar ist, oder (2) der Patient die Hand hebt. ANMERKUNG: Wenden Sie klinisches Urteilsvermögen an, um Überdehnung zu vermeiden. ● Messen Sie den Interinzisalabstand zwischen maxillärem und mandibulärem Referenzzahn. ● Notieren Sie den Messwert.
<p>E4C</p>	<p>Hatten Sie irgendwelche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestätigen Sie die anatomischen

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p>Schmerz nach Maximaler unterstützter Öffnung Abb. 15 & 16</p>	<p>Schmerzen, als ich versucht habe, Ihren Mund mit meinen Fingern weiter zu öffnen? Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.1: Bewegungsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz</p>	<p>Strukturen, die der Patient als schmerzhaft angegeben hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Notieren Sie diesen Befund.
4D. MAXIMALE UNTERSTÜTZE ÖFFNUNG → ABGEBROCHEN		
<p>E4D Öffnung abgebrochen</p>	<p><keine></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Notieren Sie, ob der Patient seine Hand gehoben hat, um die Öffnung abzubrechen

ZEILE ABSICHTLICH LEER

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
E5. Laterotrusions- und Protrusionsbewegungen 5A. LATEROTRUSION NACH RECHTS		
<p><i>E5A</i> <i>Laterotrusion nach rechts</i> <i>Abbildung 17</i> <i>Auch: Abbildung 21</i></p>	<p>Bitte öffnen Sie leicht und bewegen Sie Ihren Kiefer so weit wie möglich nach rechts, auch wenn es schmerzhaft ist.</p> <p>Halten Sie Ihren Kiefer in dieser Position, bis ich eine Messung vorgenommen habe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Falls der Patient verwirrt ist, in welche Richtung er den Kiefer bewegen soll, sagen Sie „Schieben Sie Ihren Kiefer zu dieser Hand“, und berühren Sie den Kiefer oder die Schulter des Patienten auf der Seite der gewünschten Bewegung. ● Legen Sie das Lineal je nach Art des Lineals mit dem '0'-Ende an die Oberkiefer-Referenzmittellinie oder die Unterkieferkiefer-Referenzmittellinie an. ● Messen Sie von der maxillären zur mandibulären Referenzmittellinie. ● Wenn das Lineal den gegenüberliegenden Referenzpunkt verdeckt, bewegen Sie das Lineal nach oben oder unten, um die Zahlen zu lesen. ● Notieren Sie den Messwert.
<i>Kiefer zurückführen</i>	[Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück in eine entspannte Position.]	<keine>
<p><i>E5A</i> <i>Schmerz nach Bewegung</i> <i>Abb. 18</i></p>	<p>Hatten Sie bei dieser Bewegung irgendwelche Schmerzen?</p> <p>Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.1: Bewegungsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestätigen Sie die anatomischen Strukturen, die der Patient als schmerzhaft angegeben hat. ● Notieren Sie diesen Befund.
5B. LATEROTRUSION NACH LINKS		
<p><i>E5B</i> <i>Laterotrusion nach links</i> <i>Abbildung 19</i> <i>Auch: Abbildung 21</i></p>	<p>Bitte öffnen Sie leicht und bewegen Sie Ihren Kiefer so weit wie möglich nach links, auch wenn es schmerzhaft ist.</p> <p>Halten Sie Ihren Kiefer in dieser</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Falls der Patient verwirrt ist, in welche Richtung er den Kiefer bewegen soll, sagen Sie „Schieben Sie Ihren Kiefer zu dieser Hand“, und berühren Sie den Kiefer oder die Schulter des Patienten auf der Seite der

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
	Position, bis ich eine Messung vorgenommen habe.	gewünschten Bewegung.
		<ul style="list-style-type: none"> ● Benutzen Sie das Lineal wie unter 5A. ● Messen Sie von der maxillären zur mandibulären Referenzmittellinie. ● Wenn das Lineal den gegenüberliegenden Referenzpunkt verdeckt, bewegen Sie das Lineal nach oben oder unten, um die Zahlen zu lesen. ● Notieren Sie den Messwert.
<i>Kiefer zurückführen</i>	[Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück in eine entspannte Position.]	<keine>
<i>E5B</i> <i>Schmerz nach Bewegung</i> <i>Abb. 18</i>	Hatten Sie bei dieser Bewegung irgendwelche Schmerzen? Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.1: Bewegungsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestätigen Sie die anatomischen Strukturen, die der Patient als schmerzhaft angegeben hat. ● Notieren Sie den Befund.
5C. PROTRUSION		
	Bitte öffnen Sie leicht und bewegen Sie Ihren Kiefer so weit wie möglich [gerade] nach vorn, auch wenn es schmerzhaft ist.	
	Halten Sie Ihren Kiefer in dieser Position, bis ich eine Messung vorgenommen habe.	
<i>E5C</i> <i>Protrusion</i> <i>Abbildung 20</i>		<ul style="list-style-type: none"> ● Legen Sie das Lineal mit dem '0'-Ende an das mesio-distale Zentrum des Oberkieferreferenzzahns an, so dass die labio-inzisale Kante des gegenüberliegenden Unterkiefer-Schneidezahns die mm-Markierungen des Lineals berührt. ● Messen Sie von der labialen Oberfläche des maxillären Referenzzahns zur labialen Oberfläche des mandibulären Referenzzahns. ● Notieren Sie den Messwert.
<i>Kiefer zurückführen</i>	[Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück in eine entspannte Position.]	<keine>
<i>E5C</i> <i>Schmerz nach Bewegung</i> <i>Abb. 18</i>	Hatten Sie bei dieser Bewegung irgendwelche Schmerzen? Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.1: Bewegungsinduzierter Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> ● Bestätigen Sie die anatomischen Strukturen, die der Patient als schmerzhaft angegeben hat. ● Notieren Sie den Befund.

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
6.2.4: Bekannter Schmerz		
E6. Kiefergelenkgeräusche bei Öffnungs- und Schließbewegung		
<p><i>Allgemeine Anweisungen für den Untersucher</i></p>	<p><keine></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Patienten können eine Vielzahl an Begriffen für das einmalig Auftreten von Gelenkgeräuschen verwenden (z.B. "Knacken", "Knallen", "Schnappen"). Jeder dieser Begriffe wird im Rahmen dieser Untersuchung als „Knacken“ gedeutet, und die folgenden Instruktionen beziehen sich auf den Begriff „Knacken“ auf dem Untersuchungsformular. ● Patienten können eine Vielzahl an Begriffen für feine, mehrfach auftretende Gelenkgeräusche verwenden (z.B. "Knirschen", "Mahlen", "Reiben"). Jeder dieser Begriffe wird im Rahmen dieser Untersuchung als „Reiben“ gedeutet, und die untenstehenden Instruktionen beziehen sich auf den Ausdruck „Reiben“ auf dem Untersuchungsformular.

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p><i>Handpositionierung für die Palpation von Gelenkgeräuschen</i></p> <p><i>Abbildung 22</i></p>	<p><keine></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Verwendung der bilateralen oder unilateralen Palpation hängt von den Präferenzen des Untersuchers und den Umständen ab. ● <u>Bilaterale Palpation</u>: Platzieren Sie einen Finger jeder Hand über dem dazugehörigen Kiefergelenk. Diese Methode erfordert, dass der Patient Geräusche in beiden Kiefergelenken gleichzeitig beobachtet, was schwierig sein kann. ● <u>Unilaterale Palpation</u>: Platzieren Sie den Finger auf die gleiche Weise wie für die bilaterale Palpation beschrieben für ein einzelnes Gelenk und beurteilen Sie zuerst das rechte, dann das linke Kiefergelenk. ● Wiederholen Sie die folgenden Instruktionen für jedes Kiefergelenk getrennt.
<p><i>Anweisung bezüglich Gelenkgeräuschen</i></p>	<p>Ich werde die Kiefergelenke nun daraufhin untersuchen, ob sie irgendwelche Geräusche machen. Ich möchte, dass sie auch aufpassen, denn ich werde Sie am Ende fragen, ob Sie irgendwelche Geräusche gehört oder bemerkt haben.</p> <p>[Konzentrieren Sie sich auf beide Gelenke.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bei bilateraler Palpation: berühren Sie beide Gelenke und fordern den Patienten auf, auf beide Gelenke zu achten. ● Bei unilateraler Palpation: berühren Sie das angestrebte Gelenk und fordern den Patienten auf, auf dieses Gelenk zu achten.
<p><i>Vollständiger Kieferschluss</i></p>	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Versichern Sie sich, dass die Zähne sich in maximaler Interkuspitation befinden, damit sich das Kiefergelenk in der geschlossenen Position befindet..
<p><i>Durch den Untersucher festgestellte Gelenkgeräusche während der Öffnungs- und Schließbewegung</i></p>	<p>Bitte öffnen Sie langsam so weit wie möglich, auch wenn es schmerzhaft ist, und schließen Sie dann langsam, bis Ihre Backenzähne erneut vollständig</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Unterkiefer sollte langsam geöffnet und geschlossen werden, wobei ca. 2 Sekunden zum Öffnen und ca. 2 Sekunden zum Schließen benötigt werden. Führen Sie den Patienten

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
	<p>aufeinander liegen.</p> <p>Wiederholen Sie dies noch zwei Mal.</p>	<p>entsprechend.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grenzen Sie am Ende des Schließens Gelenkgeräusche von Zahnkontakten ab. ● Vermerken des Geräusches als „Knacken“ oder „Reiben“, wenn es zumindest bei einer der drei Bewegungen auftritt. Es können mehrere Arten von Geräuschen in einem einzelnen Gelenk vorliegen.
<p><i>Patientenbefragung zu Gelenkgeräuschen</i></p>	<p>Haben Sie Geräusche in einem der Kiefergelenke gehört oder bemerkt als Sie geöffnet oder geschlossen haben?</p> <p>FALLS „JA“:</p> <p>Was für ein Geräusch?</p> <p><Dem Patienten können Worte für unterschiedliche Kiefergelenkgeräusche angeboten werden, z.B. Knacken, Knallen, Schnappen, Reiben, Mahlen, Knirschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Untersucher kann den Patienten wenn nötig befragen, um die Lokalisation (rechts, links oder beidseits) von Geräuschen zu bestätigen. ● Wenn der Patient Gelenkgeräusche bemerkt, aber nicht in der Lage ist, das Geräusch als Knack- oder Reibegeräusch zu klassifizieren, kann der Untersucher die Öffnungs- und Schließbewegung wiederholen lassen, damit der Patient die Art des Geräusches neu beurteilen kann.

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
Schmerzabfrage	<p>FALLS DER PATIENT EIN KNACKEN ANGIBT: Hatten Sie irgendwelche Schmerzen, als das Knacken auftrat?</p> <p>Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.3: Knackbezogener Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz</p>	<p>FALLS DER UNTERSUCHER EIN KNACKEN FESTSTELLT, DER PATIENT DAS GERÄUSCH ABER NICHT BEMERKT,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● WIRD „nein“ FÜR DIE VOM PATIENTEN FESTGESTELLTEN GERÄUSCHE AUFGEZEICHNET

E7. Kiefergelenkgeräusche bei Laterotrusion und Protrusion

Allgemeines Abbildung 23	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander. Öffnen Sie leicht und bewegen Sie den Unterkiefer so weit wie möglich nach rechts, auch wenn es schmerzhaft sein sollte. Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück [in seine gewohnte Position] und legen Sie Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander. Zweimal wiederholen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Finger werden an der gleichen Position wie für die Kiefergelenkgeräusche beim Öffnen und Schließen platziert. ● Die Geräusche bei exkursiven Bewegungen können unter gleichzeitiger Palpation beider Kiefergelenke oder nacheinander beurteilt werden. ● Die folgenden Instruktionen sind für die Untersuchung der Kiefergelenke nacheinander verfasst, bilaterale Palpation und Bewertung ist jedoch erlaubt. ● Die Instruktionen sind für das andere Gelenk zu wiederholen, falls die Gelenke einzeln untersucht werden.
	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander. Öffnen Sie leicht und bewegen Sie den Unterkiefer so weit wie möglich nach links, auch wenn es schmerzhaft sein sollte. Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück [in seine gewohnte Position] und legen Sie Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander. Zweimal wiederholen.</p>	
	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander. Öffnen Sie leicht und bewegen Sie den Unterkiefer so weit wie möglich nach vorn, auch wenn es schmerzhaft sein sollte. Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück [in seine gewohnte Position] und legen Sie Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander. Zweimal wiederholen.</p>	

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p><i>Gelenkgeräusche: Laterotrusions- und Protrusionsbewegung</i></p>	<p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander. Öffnen Sie leicht und bewegen Sie den Unterkiefer so weit wie möglich nach rechts, auch wenn es schmerzhaft sein sollte. Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück [in seine gewohnte Position] und legen Sie Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander. Zweimal wiederholen.</p> <p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander. Öffnen Sie leicht und bewegen Sie den Unterkiefer so weit wie möglich nach links, auch wenn es schmerzhaft sein sollte. Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück [in seine gewohnte Position] und legen Sie Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander. Zweimal wiederholen.</p> <p>Bitte legen Sie Ihre Backenzähne vollständig aufeinander. Öffnen Sie leicht und bewegen Sie den Unterkiefer so weit wie möglich nach vorn, auch wenn es schmerzhaft sein sollte. Bewegen Sie Ihren Kiefer zurück [in seine gewohnte Position] und legen Sie Ihre Backenzähne wieder vollständig aufeinander. Zweimal wiederholen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Platzieren der Finger über das Kiefergelenk/die Kiefergelenke ● Falls der Patient verwirrt ist, in welche Richtung er den Kiefer bewegen soll, sagen Sie: „Bewegen Sie den Kiefer zu dieser Hand“, und berühren Sie den Kiefer oder die Schulter des Patienten auf der Seite der gewünschten Bewegung. ● Die Diagnose der Diskusverlagerung mit Reposition erfordert entweder das Vorliegen eines Öffnungs- und Schließknackens ODER ein Knacken während des Öffnens oder Schließens verbunden mit einem Knacken bei der Protrusion oder Laterotrusion nach rechts oder links. ● Das Vorhandensein beider Geräuscharten (Knacken und Reiben) in einem Gelenk in jeder Richtung, kann ein ausreichender Befund sein, um diesen Test zu beenden. Dies hängt davon ab, welche weiteren Informationen der Untersucher erhalten möchte (wie ob ein Geräusch bei einer bestimmten Bewegung auftritt) ● Notieren Sie die Befunde
<p><i>Abfrage bzgl. Gelenkgeräusche</i></p>	<p>Haben Sie Geräusche in diesem [rechtes, linkes] Gelenk gehört oder bemerkt als Sie den Kiefer vorwärts oder seitwärts bewegt haben?</p> <p>FALLS „JA“: Was für ein Geräusch?</p> <p><Dem Patienten können Worte für unterschiedliche Kiefergelenkgeräusche angeboten werden, z.B. Knacken, Knallen, Schnappen, Reiben, Mahlen, Knirschen.></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Untersucher berührt das rechte Kiefergelenk, während er die Frage stellt. ● Der Untersucher kann den Patienten wenn nötig befragen, um die Lokalisation (rechts vs. links) von Geräuschen zu bestätigen. ● Für linkes Gelenk wiederholen

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<i>Schmerzabfrage</i>	FALLS DER PATIENT KNACKEN BERICHTET: Hatten Sie irgendwelche Schmerzen, als das Knacken auftrat? Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.3: Knackbezogener Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> ● Notieren Sie den Befund.
<i>Für linkes Gelenk wiederholen</i>	<keine>	<ul style="list-style-type: none"> ● Wiederholen Sie alles Oberstehende für das linke Gelenk, wenn die Gelenke getrennt beurteilt werden.
E8. Gelenkarretierung		
<i>Arretierung im geschlossenen Zustand</i>	<Bei während der Untersuchung beobachteter geschlossener Arretierung.> Können Sie Ihre Kieferblockade lösen?	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Unfähigkeit, den Mund aus einer teilweise geöffneten Position heraus weiter zu öffnen, wenn auch nur vorübergehend, führt zu einem positiven Befund. ● Notieren Sie, wenn der Patient oder der Untersucher die geschlossene Arretierung gelöst haben, oder wenn sie nicht gelöst werden konnte.
<i>Arretierung im geöffneten Zustand</i>	<Bei während der Untersuchung beobachteter geöffneter Arretierung.> Können Sie Ihre Kieferblockade lösen?	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Unfähigkeit, den Mund aus einer weit geöffneten Position heraus zu schließen, auch nur vorübergehend, führt zu einem positiven Befund. ● Notieren Sie, wenn der Patient oder der Untersucher die geöffnete Arretierung gelöst haben, oder wenn sie nicht gelöst werden konnte.
ZEILE ABSICHTLICH LEER		

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
E9. Muskel- und Kiefergelenkschmerzen bei Palpation		
<p><i>Allgemeine Instruktionen</i></p> <p><i>Abbildung 24</i></p>	<p><keine></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Wählen Sie den Erhebungsumfang für die Palpation der größeren Muskeln: umfassend, wenn jeder Teil des Muskels getastet wird, oder Stichprobenbereiche des Muskels. ● Wählen Sie die Zeitdauer für die Anwendung des Stimulus: (a) 2 Sekunden für effizientes Vorgehen unter Vernachlässigung von übertragenem Schmerz – Diagnosen; (b) 5 Sekunden zur Minimierung der Falsch – Negativ – Diagnosen von übertragenem Schmerz und zur besseren Identifizierung von Hyperalgesie.
<p><i>Anweisungen</i></p>	<p>Nun werde ich in verschiedenen Bereichen Ihres Kopfes, Ihres Gesichtes und Ihres Kiefers Druck ausüben und Sie nach Schmerzen fragen. Ich werde Sie nach Schmerzen, bekannten Schmerzen und bekannten Kopfschmerzen fragen.</p> <p>Zusätzlich werde ich Sie fragen, ob der Schmerz nur unter meinem Finger bleibt oder Sie ihn auch noch in anderen Bereichen als unter meinem Finger spüren.</p> <p>Ich werde Sie mit den Worten "Schmerz", "bekannter Schmerz", "bekannter Kopfschmerz" und "bleibt nur unter meinem Finger?" abfragen.</p> <p>[Die Abfrage "zieht auch woanders hin?" kann statt "bleibt nur unter meinem Finger" verwendet werden, wenn der Untersucher dies bevorzugt.]</p> <p>Ich werde den Druck jedes Mal für 5 Sekunden aufrechterhalten.</p>	<p><keine></p>

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<i>Kalibrierung</i> <i>Abbildung 25</i>	<keine>	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Untersucher nimmt das „Finger-Algometer“ und kalibriert den entsprechenden Finger der rechten und linken Hand auf jeweils 1,0 kg.
<i>M. temporalis</i> <i>und M. masseter</i> <i>Abbildungen</i> <i>24 & 26-30</i>	<p>[Der Patient kann gebeten werden, Die Zähne zusammenzubeißen, um die Muskelgrenzen zu identifizieren.]</p> <p>[Bitte entspannen Sie Ihren Kiefer.]</p> <p>Siehe SCHMERZABFRAGE 6.2.2: Palpationsinduzierte Schmerzen 6.2.4: Bekannte Schmerzen 6.2.5: Übertragene Schmerzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Palpieren Sie M. masseter und temporalis nacheinander auf beiden Seiten. ● Palpieren Sie den gesamten Muskel. Verwenden Sie drei vertikale Zonen für den M. temporalis und drei horizontale Bänder für den M. masseter, um diese systematisch abzudecken. ● Applizieren Sie 1 kg für insgesamt 5 Sekunden. ● Notieren Sie die Befunde

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
<p><i>Kalibrierung</i> <i>Abbildung 33</i></p>	<p><keine></p>	<p>Der Untersucher nimmt das „Finger- Algometer“ und kalibriert den entsprechenden Finger der rechten und linken Hand auf 0,5 kg. Wenn Sie unsicher sind, wenden Sie mehr, nicht weniger, Kraft an.</p>
<p><i>Lateraler Kondylenpol</i> <i>Abbildungen 31-33</i></p>	<p>Bitte öffnen Sie leicht, schieben Sie Ihren Unterkiefer nach vorn und bewegen Sie dann Ihren Kiefer wieder zurück in seine normale Position ohne, dass Ihre Zähne sich berühren.</p> <p>Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.2: Palpationsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz 6.2.5: Übertragener Schmerz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Untersuchen Sie zuerst die rechte Seite, dann die linke. Schauen Sie sich die Abbildungen an, als Orientierung für die einzelnen Palpationen. ● Platzieren Sie den Zeigefinger anterior des Tragus des Ohrs und auf dem Kiefergelenk des Patienten. ● Applizieren Sie 0,5 kg und halten Sie für 5 Sekunden. ● Notieren Sie die Befunde.
<p><i>Kalibrierung</i> <i>Abbildung 36</i></p>	<p><keine></p>	<p>Der Untersucher nimmt das „Finger- Algometer“ und kalibriert den entsprechenden Finger der rechten und linken Hand auf 1,0 kg.</p>
<p><i>Um den lateralen Kondylenpol</i> <i>Abbildungen 34-36</i></p>	<p>Bitte öffnen Sie den Mund leicht, schieben Sie den Unterkiefer ein wenig nach vorn und halten Sie ihn dort.</p> <p>Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.2: Palpationsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz 6.2.5: Übertragener Schmerz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Untersuchen Sie zuerst die rechte Seite, dann die linke. Schauen Sie sich die Abbildungen an, als Orientierung für die einzelnen Palpationen. ● Platzieren Sie den Finger am posterioren Anteil des lateralen Pols. ● Der Unterkiefer ist weit genug protrudiert, sodass Sie Zugang zum posterioren Anteil, aber auch zum anterioren Anteil des lateralen Pols erhalten. ● Bewegen Sie den Finger vollständig um den lateralen Pol des Kondylus. Der Finger sollte während der fließenden zirkulären Bewegung, die etwa 5 Sekunden andauern sollte, den lateralen Anteil des Pols umschließen oder berühren. ● Notieren Sie die Befunde.

KONSTRUKT

**ANWEISUNGEN AN DEN
PATIENTEN**

UNTERSUCHUNGSVERFAHREN

ZEILE ABSICHTLICH LEER

KONSTRUKT	ANWEISUNGEN AN DEN PATIENTEN	UNTERSUCHUNGSVERFAHREN
E10. Ergänzende Palpationsgebiete		
<i>Kalibrierung</i> <i>Abbildung 38</i>	<keine>	Der Untersucher nimmt das „Finger- Algometer“ und kalibriert den entsprechenden Finger der rechten und linken Hand auf 0,5 kg
<i>Retromandibulärbereich</i> <i>Abbildungen 37, 39</i>	Bitte entspannen Sie Ihren Kiefer. [Recken Sie den Kopf.] Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.2: Palpationsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz 6.2.5: Übertragener Schmerz	Ziel ist der Venter posterior des M. digastricus. Diese Region ist definiert als der Bereich zwischen der Insertion des Musculus sternocleidomastoideus und der posterioren Begrenzung der Mandibula.
<i>Regio submandibularis</i> <i>Abbildung 37, 39</i>	Bitte entspannen Sie Ihren Kiefer. [Lassen Sie das Kinn auf die Brust fallen.] Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.2: Palpationsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz 6.2.5: Übertragener Schmerz	Ziel ist der Musculus pterygoideus medialis. Diese Region ist definiert als der Bereich 2 cm anterior des Kieferwinkels und medial der Mandibula.
<i>Bereich des Musculus pterygoideus lateralis</i> <i>Abbildung 40</i>	Bitte öffnen Sie leicht und bewegen Sie Ihren Kiefer zur Seite. Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.2: Palpationsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz 6.2.5: Übertragener Schmerz	Ziel ist der M. pterygoideus lateralis. Platzieren Sie den Finger auf der buccalen Seite des Alveolarkammes oberhalb der Oberkiefermolaren. Bewegen Sie den Finger nach distal, cranial und medial und palpieren Sie.
<i>Temporalissehne</i> <i>Abbildung 41</i>	Bitte öffnen Sie den Mund. Siehe: SCHMERZBEFRAGUNG 6.2.2: Palpationsinduzierter Schmerz 6.2.4: Bekannter Schmerz 6.2.5: Übertragener Schmerz	Platzieren Sie den Finger auf dem anterioren Grat des Processus coronoideus. Palpieren Sie auf dem superioren Abschnitt des Processus.
E11. Untersucherkommentare		
<i>Untersucherkommentare</i>	<keine>	Beschreiben Sie alle physischen Hindernisse, die der Untersuchung entgegenstehen sowie alle Ausnahmen oder modifizierende Umstände.
ENDE DER DC/TMD UNTERSUCHUNG		

Auszug aus:

Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: 06/2013.

HINWEIS: Langfassung online einsehbar unter www.rdc-tmdinternational.org

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

6 Examination-Related Pain Interview

6.1 Overview

Examination-related Pain Interview is a structured format for repeatedly eliciting and clarifying the pain status with any positive examination findings. The intent is for the examiner to probe in a natural manner, with the patient providing the description of any pain experienced.

6.2 Structured Pain Interview

ITEM	INTERVIEW QUESTION	COMMENTS
6.2.1	Für durch Bewegungsmanöver induzierten Schmerz	
	Hatten Sie bei dieser Bewegung Schmerzen?	Der Zweck von "bei dieser Bewegung" ist zu erfragen ob der Vorgang Schmerzen verursacht oder vorhandene Schmerzen modifiziert.
	FALLS JA zu Schmerzen: Zeigen Sie bitte mit dem Finger auf alle Bereiche, in denen Sie die Schmerzen hatten.	Siehe auch STRUKTURELLE SCHMERZLOKALISATION, Abschnitt 2.6 und 2.7.
	Gibt es noch irgendwelche anderen Bereiche, in denen Sie bei dieser Bewegung Schmerzen hatten? Zeigen Sie [mit Ihrem Finger] auf diese Bereiche.	
	Weiter mit ABFRAGE BEKANNTER SCHMERZEN	
6.2.2	Für palpationsinduzierte Schmerzen	
	Hatten Sie [in dem Bereich, in dem ich gedrückt habe,] Schmerzen?	
	FALLS JA zu Schmerzen: Weiter mit ABFRAGE BEKANNTER SCHMERZEN	
6.2.3	Für Schmerzen im Zusammenhang mit Knacken	
	War das Knacken schmerzhaft?	<i>Stellen Sie sicher, dass der Patient zwischen den Schmerzen, die mit dem Knacken in Zusammenhang stehen und den bewegungsbezogenen Schmerzen (z.B. Öffnungs-, Schluss-, Exkursionsbewegungen) unterscheidet.</i>
	FALLS JA zu Schmerzen: Weiter mit ABFRAGE BEKANNTER SCHMERZEN	
6.2.4	Abfrage bekannter Schmerzen	

ITEM	INTERVIEW QUESTION	KOMMENTARE
	<p>Ahntelt dieser Schmerz einem bekannten Schmerz, den Sie innerhalb der letzten 30 Tage in diesem Bereich gespürt haben?</p>	<p><i>KOMMENTAR 1: Bezüglich "bekannt" kann der Untersucher weiter ausführen, z.B.mit: "Ist dieser Schmerz bekannt, das heißt, ähnlich oder genauso wie der Schmerz, den Sie während der letzten 30 Tage in diesem Bereich hatten?" Das Wiederholungskonstrukt zu erfassen ist nicht immer einfach, wie in Abschnitt 2.9. beschrieben.</i></p>
		<p><i>KOMMENTAR 2: Wenn die ausgelöste Schmerzintensität sich von dem gewohnten Schmerz unterscheidet, fragen Sie: "Ist dieser Schmerz, abgesehen von der Intensität, wie Ihr gewohnter Schmerz?"</i></p>
		<p><i>KOMMENTAR 3: Während die Abfrage bekannter Schmerzen sich auf die letzten 30 Tage bezieht, geben einige Patienten möglicherweise freiwillig Informationen über Schmerzerfahrungen im Zeitraum vor den 30 Tagen an und berichten, dass ein bestimmter untersuchungsinduzierter Schmerz „bekannt“ zu diesem Schmerz ist. Beispielsweise kann bei einem Patienten mit wiederkehrenden Schmerzen, der 30 Tage vor der Konsultation schmerzfrei gewesen ist, die Palpation einen Schmerz hervorrufen, an den der Patient sich von einer Schmerzepisode von vor mehr als 30 Tagen erinnert. Der vorgegebene Zeitrahmen, für diagnoserelevante Schmerzen gemäß den DC/TMD sind die letzten 30 Tage. Verschiedene klinische oder Forschungssituationen können jedoch einen anderen Zeitraum erfordern. Es kann folglich erforderlich sein, den Zeitrahmen für „bekannten Schmerz“ zu verändern. Vermerken Sie jeden geänderten Zeitraum in Abschnitt 11 des Untersuchungsbogens.</i></p>
	<p>FALLS JA ZU BEKANNTEN SCHMERZEN: Woher ist Ihnen dieser Schmerz bekannt?</p>	<p><i>KOMMENTAR 1: Für die meisten klinischen Patienten ist die typische Antwort: "Es ist der Schmerz, über den ich klage." Ist dieser Bezugsrahmen erst einmal in den ersten paar Abfragen zu positiven Schmerzen durch die Untersuchung etabliert, kann diese Frage normalerweise weggelassen werden.</i></p>

ITEM	INTERVIEW QUESTION	KOMMENTARE
		<p><i>Eine Ausnahme besteht, wenn zusätzliche Informationen aus der Anamnese vermuten lassen, dass die den berichteten Schmerzen zugrunde liegende Störung, sich mit anderen möglichen Diagnosen überschneidet. In diesem Fall kann die Abfrage bezüglich der Wiedergabe von Schmerzen umfassender sein.</i></p>
		<p><i>KOMMENTAR 2: Die Abfrage: "Woher ist Ihnen dieser Schmerz bekannt?" kann bei dem Patienten, der zur Sprechstunde kommt zu neuen Informationen führen, welche die Anamnese erweitern.</i></p>
		<p><i>KOMMENTAR 3: Die Abfrage: "Woher ist Ihnen dieser Schmerz bekannt?" kann bei asymptomatischen Individuen zu Antworten führen, die für den gegenwärtigen Zeitpunkt eindeutig nicht relevant sind, oder sie kann Antworten liefern, die anamnestische Aspekte aufdecken, die zuvor nicht berichtet wurden. Eine häufige Antwort von asymptomatischen Individuen ist es, „bekannte Schmerzen“ anzugeben, die sich auf einen Zahnarztbesuch oder zahnärztliche Behandlung beziehen.</i></p>
	<p>FALLS DER M. TEMPORALIS POSITIV IST: Ähnelt dieser Schmerz ihrem bekannten Kopfschmerz, den Sie innerhalb der letzten 30 Tage in diesem Bereich gespürt haben?</p>	<p><i>KOMMENTAR 1: Falls durch eine Untersuchungsprozedur in der Temporalisregion Schmerzen ausgelöst werden, wird die Frage zum Abgleich mit Kopfschmerzen immer gestellt, unabhängig von der Antwort auf die eher allgemeine Frage nach „bekannten Schmerzen“. Die Antwort auf diese zwei Fragen muss nicht identisch sein.</i></p>
		<p><i>KOMMENTAR 2: Bei der Unterscheidung von "Schmerz" und "Kopfschmerz" ist die häufigste Frage seitens des Patienten ob es Sinn macht, dass ihr oder sein „Kopfschmerz“ bekannt ist, aber der „Schmerz“ als Reaktion auf die Untersuchungsprozedur nicht bekannt ist. Es ist gewöhnlich ausreichend dem Patienten einfach zu versichern, dass die Antwort so in Ordnung ist. Alternativ kann die entsprechende Untersuchungsprozedur wiederholt werden: („Möchten Sie, dass ich diesen Schritt wiederhole?“). Dies erlaubt dem Patienten seine Erfahrung neu zu</i></p>

ITEM	INTERVIEW QUESTION	KOMMENTARE
		<p>bewerten, wenn er/sie auf die Schmerzabfrage antwortet.</p>
		<p>KOMMENTAR 3: Falls Patienten über "Kopfschmerzen" in anderen mastikatorischen Strukturen berichten (z.B. Masseterbereich, Kiefergelenkbereich), sollte diese Abfrage ebenfalls zu diagnostischen Zwecken durchgeführt werden. Das Standarduntersuchungsformular bietet keine Antwortoptionen für diese Informationen, aber die Befunde können im Abschnitt Kommentare auf dem Untersuchungsbogen vermerkt werden.</p>
		<p>KOMMENTAR 4: Ein Zeitrahmen von 30 Tagen wird hier genutzt, um die Kongruenz zum Zeitrahmen für Schmerzen im mastikatorischen System zu wahren. Die Kriterien der Internationalen Kopfschmerzklassifikation, Version 2 (ICHD-2) definieren verschiedene Zeiträume für seltene, häufige und chronische Spannungskopfschmerzen. Der Nutzer kann die Referenzzeitrahmen für Kopfschmerzen in diesem Protokoll anpassen, um konsistent mit den ICHD-2-Kriterien zu sein. Derzeit sind jedoch für TMD- assoziierte sekundäre Kopfschmerzen keine Zeiträume etabliert.</p>
		<p>KOMMENTAR 5: Die Palpation asymptomatischer Bereiche kann eine positive Schmerzantwort hervorrufen und während der Erhebung kann ein Patient darüber berichten, dass der Schmerz in einem solchen Bereiche „bekannt“ ist. Es kann vorkommen, dass der Schmerz in diesen Bereichen präsent ist, in denen der Patient glaubte schmerzfrei zu sein. In diesem Fall wird der Bereich in Punkt 1 der Untersuchung als schmerzhaft vermerkt. Es kann auch vorkommen, dass ein Patient einen Palpationsschmerz in einem symptomfreien Bereich als „bekannt“ bezeichnet, weil diese Schmerzerfahrung vergleichbar mit in einem anderen Bereich des Körpers empfundenen Schmerzen ist. Die Antwort für „bekannt“ Schmerz in diesem Beispiel ist [nein], da die durch die Untersuchung provozierten Schmerzen, zu in derselben Körperregion</p>

ITEM	INTERVIEW QUESTION	KOMMENTARE
		<i>empfundenen Schmerzen, bekannt sein müssen.</i>
	Der Untersucher prüft, ob die angegebenen Schmerzbereiche in Q1 der Untersuchung mit den Körperbereichen übereinstimmen, in denen bekannter Schmerz angegeben wird	
6.2.5 Abfrage übertragener Schmerzen		
	Haben Sie den Schmerz nur genau unter meinem Finger, oder auch noch irgendwo anders [in anderen Bereichen ihres Kopfes, Gesichts oder Kiefers] gefühlt?	<i>KOMMENTAR 1: Zum Zweck der Klassifizierung als "übertragener Schmerz", muss die Lokalisation der palpationsbedingt empfundenen Schmerzen, jenseits der Grenzen der untersuchten Struktur liegen. Der Untersucher entscheidet ob die Schmerzlokalisierung(en) eine andere anatomische Struktur oder die gleiche Struktur darstellt. Nur wenn der Schmerz in einer anderen anatomischen Struktur lokalisiert ist, wird er als „übertragener Schmerz“ bezeichnet. Falls Unklarheiten bestehen in welcher anatomischen Struktur der Patient seinen Schmerz fühlt, wenn er ihn als „tief“ beschreibt, wird der Patient gebeten diesen an der Oberfläche des schmerzhaften Bereichs oder, falls zutreffend, im Mund zu zeigen.</i>
		<i>KOMMENTAR 2: Diese Abfrage kann auf produktive Weise auf „unter meinem Finger?“, wie in Abschnitt 5.3 beschrieben, verkürzt werden, wenn sie zum wiederholten Male bei einer Untersuchung mit vielen positiven Palpationsbefunden angewendet wird. Eine alternative abgekürzte Abfrage ist „noch irgendwo anders?“.</i>
	[Zeigen Sie mir, wo Sie den Schmerz gefühlt haben.] Zeigen Sie mit Ihrem Finger auf alle Bereiche, in denen Sie gerade [auf meinen Druck hin] Schmerzen gefühlt haben.	
	Nachdem der Patient zeigt, fragen Sie: Haben Sie ihn noch irgendwo anders gespürt?	

Clinical Examination Form (Version 1)

DC/TMD Untersuchungsbogen

Datum (tt-mm-jjjj)

				-							
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Patient _____ Untersucher _____

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

RECHTSSEITIGE SCHMERZEN

- Keine
 Temporalis
 Andere Kaum.
 Nicht-mastik
 Masseter
 Kiefergelenk
 Kaumuskeln

LINKSSEITIGE SCHMERZEN

- Keine
 Temporalis
 Andere Kaum.
 Nicht-mastik
 Masseter
 Kiefergelenk
 Muskeln

1b. Kopfschmerzlokalisierung: Letzten 30 Tage (Alle zutreffenden ankreuzen)

- Keine
 Temporalis
 Andere
 Keine
 Temporalis
 Andere

2. Schneidekantenverhältnisse Referenzzahn 11 21 Anderer

Horizontaler Falls

--	--

 mm
 Vertikaler Falls

--	--

 mm
 Mittellinien ^{Re} ^{Li} ^{N/A}

--	--

 mm
 inzivaler Überbiss negativ
 inzivaler Überbiss negativ
 Abweichung

3. Öffnungs- und Schließmuster (Wähle eins aus)

- Gerade
 korrigierte Deviation
 Unkorrigierte Deviation
 nach rechts
 nach links

4. Öffnungsbewegung

A. Schmerzfreie MÖ

--	--

 mm

B. Maximale aktive MÖ

--	--

 mm

C. Maximale passive MÖ

--	--

 mm

D. Abgebrochen?

	RECHTE SEITE			LINKE SEITE		
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz
Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Kiefergelenkgeräusche bei Öffnungs- und Schließbewegungen

	RECHTES KIEFERGELENK					
	Untersucher		Patient	Schmerzh.	Bekannter	
	Öffnen	Schließen				
Knacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LINKES KIEFERGELENK					
	Untersucher		Patient	Schmerzh.	Bekannter	
	Öffnen	Schließen				
Knacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kiefergelenkgeräusche bei Laterotrusion und Protrusion

	RECHTES KIEFERGELENK					
	Untersucher		Patient	Schmerzh.	Bekannter	
	Knacken	Schmerz				
Knacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LINKES KIEFERGELENK					
	Untersucher		Patient	Schmerzh.	Bekannter	
	Knacken	Schmerz				
Knacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kieferklemme/-sperre

	RECHTES KIEFERGELENK					
	Während der Öffnung	Bei weiter Mundöffnung	Lösbar durch		Patient	Untersucher
			Blockade	Blockade		
Während der Öffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei weiter Mundöffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LINKES KIEFERGELENK					
	Während der Öffnung	Bei weiter Mundöffnung	Lösbar durch		Patient	Untersucher
			Blockade	Blockade		
Während der Öffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei weiter Mundöffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Muskel- & Kiefergelenkschmerzen bei Palpation

	RECHTE SEITE			
	(1 kg)	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Übertragener Schmerz
Temporalis (post.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (media.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (ant.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseeter (Urspr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseeter (Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseeter (Ansatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk		Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	
Lateraler Pol (0,5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um den lateralen Pol (1 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LINKE SEITE			
	(1 kg)	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Übertragener Schmerz
Temporalis (post.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (media.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (ant.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseeter (Urspr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseeter (Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseeter (Ansatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk		Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	
Lateraler Pol (0,5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um den lateralen Pol (1 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ergänzende Muskelschmerzen bei Palpation

	RECHTE SEITE		
	(0,5 kg)	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
Regio retromandibularis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regio submandibularis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich des M. pteryg. lat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalissehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LINKE SEITE		
	(0,5 kg)	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
Regio retromandibularis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regio submandibularis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereich des M. pteryg. lat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teporalissehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Diagnosen

- Schmerzerkrankungen**
- Keine
 - Myalgie
 - Myofaszialer Schmerz mit Übertragung
 - Arthralgie rechts
 - Arthralgie links
 - Auf CMD zurückgeführte Kopfschmerzen

- Gelenkerkrankungen rechts**
- Keine
 - Diskusverlagerung (eins auswählen)
 - ...mit Reposition
 - ...mit Reposition, mit intermittierender Kieferklemme
 - ... ohne Reposition, mit Mundöffnungseinschränkung
 - ... ohne Reposition, ohne Mundöffnungseinschränkung
 - Degenerative Gelenkerkrankung
 - Subluxation

- Gelenkerkrankungen links**
- Keine
 - Diskusverlagerung (eins auswählen)
 - ...mit Reposition
 - ...mit Reposition, mit intermittierender Kieferklemme
 - ... ohne Reposition, mit Mundöffnungseinschränkung
 - ... ohne Reposition, ohne Mundöffnungseinschränkung
 - Degenerative Gelenkerkrankung
 - Subluxation

12. Kommentare:

Clinical Examination Form (Version 2)

DC/TMD Untersuchungsbogen

Untersuchungsdatum (Tag-Monat-Jahr)

Patient _____

Untersucher _____

□□-□□-□□□□

1a. Schmerzlokalisierung: letzte 30 Tage (Alle zutreffenden 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: letzten 30 Tage (Wähle alle zutreffenden)

Keine Temporalis Andere Keine Temporalis Andere

2. Schneidekantenverhältnisse

Referenzzahl 11 21 Anderer _____

Horizontaler inzisaler Überbiss falls negativ □□ mm Vertikaler inzisaler Überbiss falls negativ □□ mm Mittellinien-Abweichung Re Li N/A □□ mm

3. Öffnungs- und Schließmuster (Wähle eins aus)

Gerade korrigierte Deviation Unkorrigierte Deviation
 nach rechts nach links

4. Öffnungs- und Schließbewegungen

		Rechte Seite			Linke Seite		
		Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz
A. Schmerzfreie MÖ	□□ mm						
B. Maximale aktive MÖ	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Maximale passive MÖ	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. Abgebrochen durch Patient	□□ mm						
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

5. Laterotrusion und Protrusion

		Rechte Seite			Linke Seite		
		Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz
A. Laterotrusion nach rechts	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Laterotrusion nach links	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Protrusion	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temporalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masseter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nicht-Kaum.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> falls negativ						

6. Kiefergelenkgeräusche bei Öffnungs- und Schließbewegungen

	Rechtes Kiefergelenk					Linkes Kiefergelenk				
	Untersucher		Patient	schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz	Untersucher		Patient	schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
	Öffnen	Schließen				Öffnen	Schließen			
Knacken	N	J	N	J	N	J	N	J	N	J
Reiben	N	J	N	J	N	J	N	J	N	J

7. Kiefergelenkgeräusche bei Laterotrusion und Protusion

	Rechtes Kiefergelenk				Linkes Kiefergelenk			
	Untersucher	Patient	schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz	Untersucher	Patient	schmerzh. Knacken	Bekannter Schmerz
A. Laterotrusion nach rechts	N	J	N	J	N	J	N	J
Knacken	N	J	N	J	N	J	N	J
Reiben	N	J	N	J	N	J	N	J
B. Laterotrusion nach links	N	J	N	J	N	J	N	J
Knacken	N	J	N	J	N	J	N	J
Reiben	N	J	N	J	N	J	N	J
C. Protusion	N	J	N	J	N	J	N	J
Knacken	N	J	N	J	N	J	N	J
Reiben	N	J	N	J	N	J	N	J

8. Kieferklemme/-sperre

	Rechtes Kiefergelenk				Linkes Kiefergelenk			
	Blockade	lösbar durch		Blockade	lösbar durch			
		Patient	Untersucher		Patient	Untersucher		
während der Öffnung bei weiter Mundöffnung	N	J	N	J	N	J	N	J

9. Muskel- & Kiefergelenkschmerzen bei Palpation

	Rechte Seite					Kiefergelenk	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	ausbreitender Schmerz	Übertragener Schmerz					
(1 kg)										
Temporalis (post.)	N	J	N	J	N	N	J	N	J	
Temporalis (media)	N	J	N	J	N	N	J	N	J	
Temporalis (ant.)	N	J	N	J	N	N	J	N	J	
Masseter (Urspr.)	N	J		N	J		N	J	N	J
Masseter (Körper)	N	J		N	J		N	J	N	J
Masseter (Ansatz)	N	J		N	J		N	J	N	J
Um den lateralen Pol (1 kg)						N	N	J	N	J
Um den lateralen Pol (0,5 kg)						N	N	J	N	J
Lateraler Pol (0,5 kg)						N	N	J	N	J
Lateraler Pol (1 kg)						N	N	J	N	J

	Linke Seite					Kiefergelenk	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz	
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Bekannter Kopfschmerz	ausbreitender Schmerz	Übertragener Schmerz					
(1 kg)										
Temporalis (post.)	N	J	N	J	N	N	J	N	J	
Temporalis (media)	N	J	N	J	N	N	J	N	J	
Temporalis (ant.)	N	J	N	J	N	N	J	N	J	
Masseter (Urspr.)	N	J		N	J		N	J	N	J
Masseter (Körper)	N	J		N	J		N	J	N	J
Masseter (Ansatz)	N	J		N	J		N	J	N	J
Um den lateralen Pol (1 kg)						N	N	J	N	J
Um den lateralen Pol (0,5 kg)						N	N	J	N	J
Lateraler Pol (0,5 kg)						N	N	J	N	J
Lateraler Pol (1 kg)						N	N	J	N	J

10. Ergänzende Muskelschmerzen bei Palpation

	Rechte Seite			(0,5 kg)	Linke Seite		
	Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz		Schmerz	Bekannter Schmerz	Übertragener Schmerz
(0,5 kg)							
Regio retromandibularis	N	J	N	J	N	N	J
Regio submandibularis	N	J	N	J	N	N	J
Bereich des M. pteryg. lat.	N	J	N	J	N	N	J
Temporalissehne	N	J	N	J	N	N	J
Regio retromandibularis							
Regio submandibularis							
Bereich des M. pteryg. lat.							
Temporalissehne							

11. Kommentare

Diagnosis

Instrument	Source
<p>Diagnostic Decision Trees, as based on published criteria</p>	<p>The Decision Trees were created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Figure Version: January 24, 2014</p>
<p>Diagnostic Criteria Table, as based on published criteria</p>	<p>The Diagnostic Criteria Table was created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

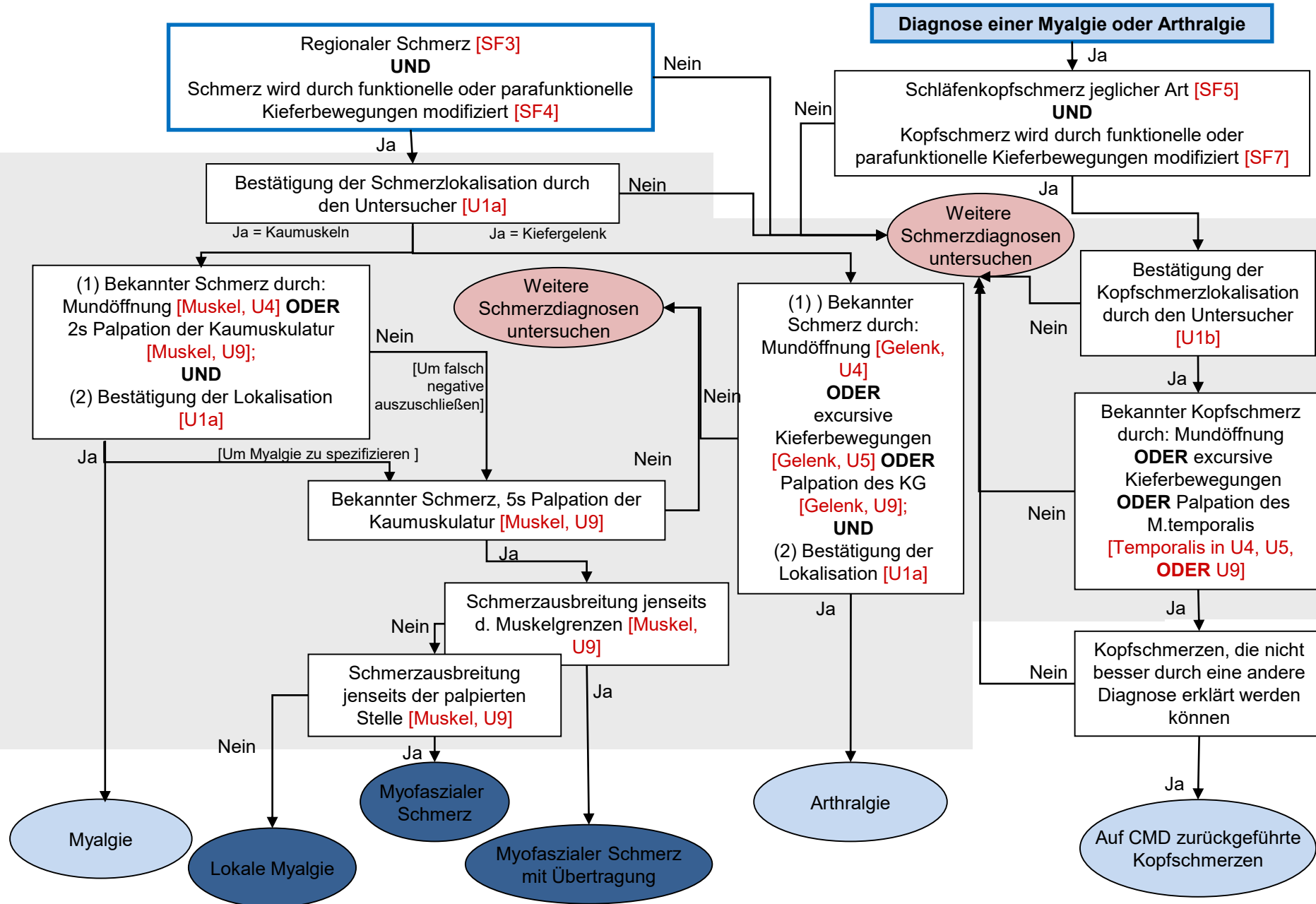
Decision Tree

Schmerzbezogene CMD-Diagnosen und Kopfschmerzen

ANAMNESE
Beginnen Sie an jeder blau umrahmten Box!

UNTERSUCHUNG

DIAGNOSE

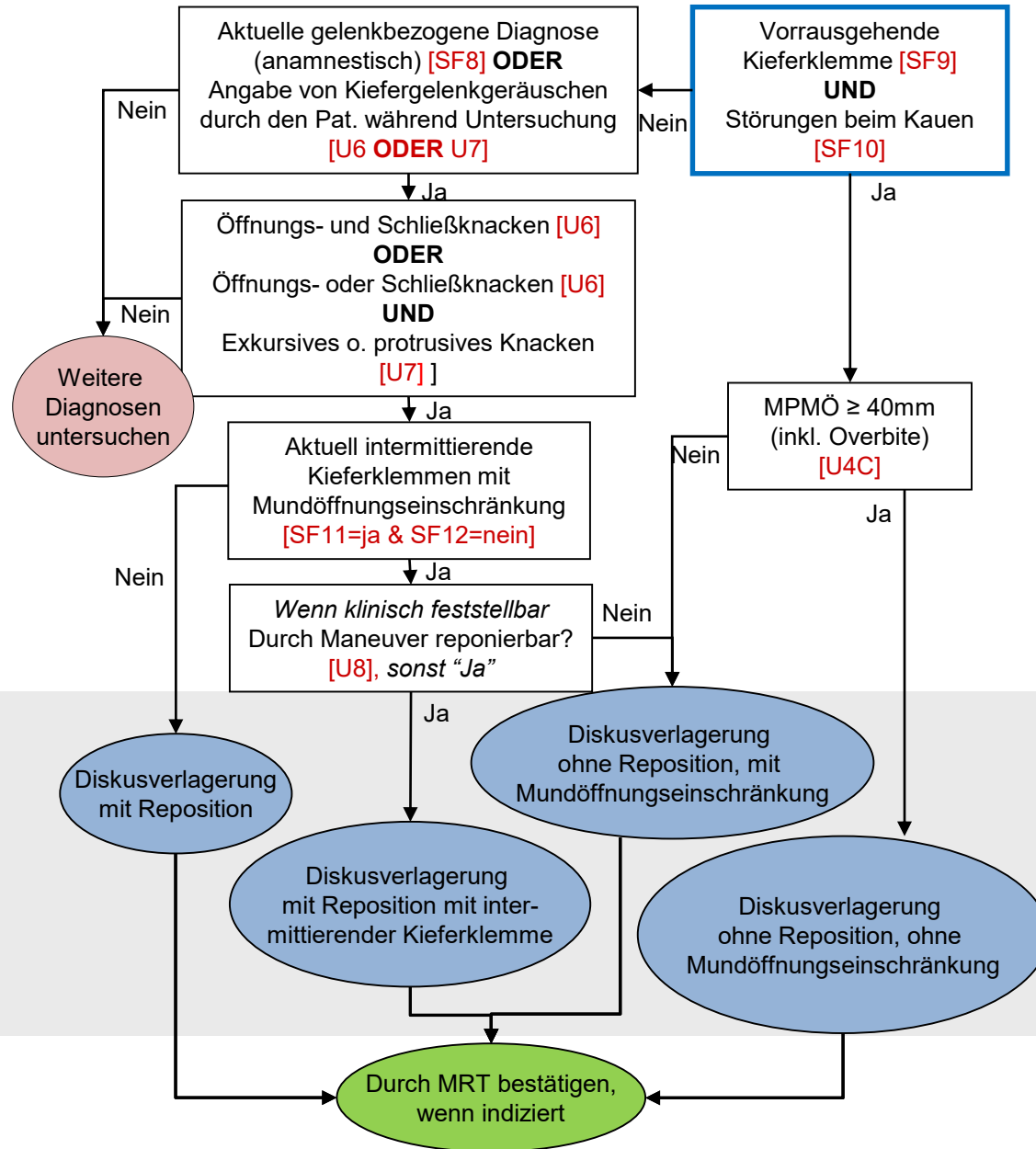


ANAMNESE & UNTERSUCHUNG
Beginnen Sie an **jeder** blau umrahmten Box!

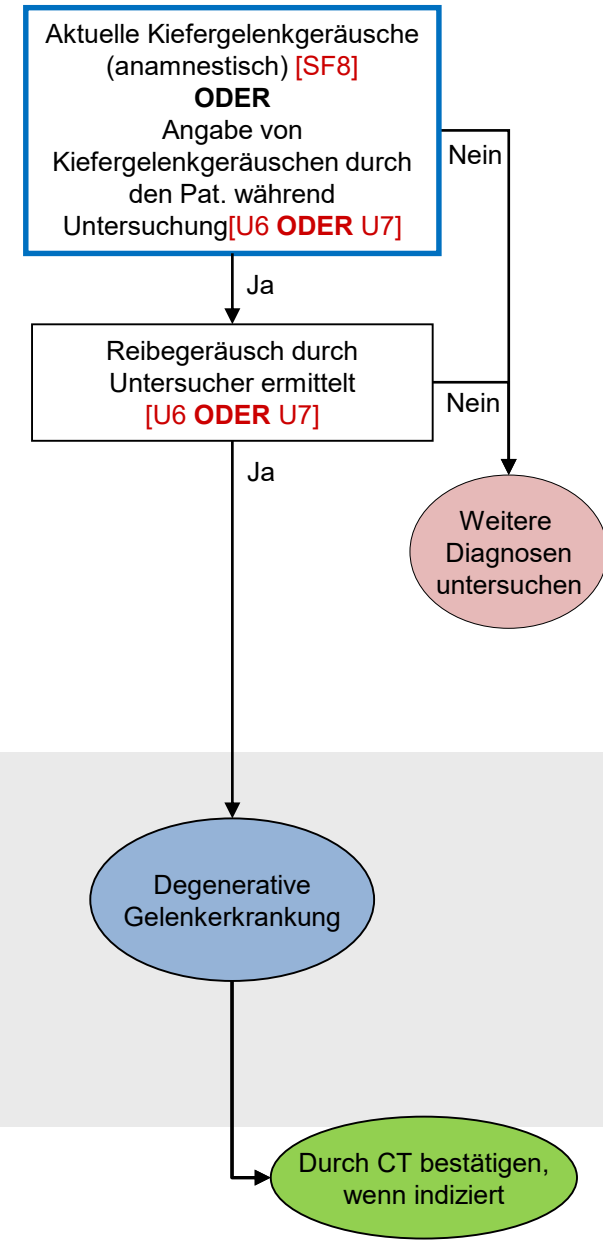
KLINISCHE
DIAGNOSE

BILD-
GEBUNG

Intra-articuläre Dysfunktionen



Degenerative Dysfunktionen



Diagnostic Criteria Table

Diagnostische Kriterien für die häufigsten craniomandibulären Dysfunktionen: Symptomfragebogen und Klinische Untersuchung

Alle Kriterien, die in der Anamnese (DC/TMD Symptomfragebogen) und Untersuchung (DC/TMD Untersuchungsformular) aufgelistet werden sind, wenn nicht anders angegeben, für die jeweilige Diagnose erforderlich; wenn nicht anders angegeben, ist jedes Kriterium positiv. Der exakte Zeitraum für zeitlich relevante Anamnese oder Untersuchungspositionen ist untenstehend nicht spezifiziert, weil diese davon abhängig sind, zu welchem Zweck die Items konstruiert sind und die Logik sich nicht mit dem Zeitraum verändert.

Source: Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. Journal of Oral & Facial Pain and Headache 28:6-27. **Version 10/23/2015**

Erkrankung	Anamnese		Untersuchung	
	Kriterien	SF	Kriterien	Untersuchungsformular
Schmerzerkrankung				
Myalgie (ICD-9 729.1) • Sens. 0,90 • Spez. 0,99	Schmerz in einer mastikatorischen Struktur	SF 3	Bestätigung von Schmerzen in Kaumuskel(n)	U1a
	Schmerz, der durch Kieferbewegungen, Funktion oder Parafunktion modifiziert wird	SF 4	Bekannter Schmerz in Kaumuskel(n) bei Muskelpalpation oder maximaler Öffnung	U4b, U4c, oder U9: Bekannter Schmerz in M. temporalis oder M. masseter, oder in anderen Kaumuskeln falls relevant; oder U10: bekannter Schmerz in zusätzlichen Muskeln, wenn U10 eingeschlossen
Myalgie Subtypen				
<u>Lokale Myalgie</u> (ICD-9 729.1) Sens. und Spez. nicht etabliert	[dasselbe wie für Myalgie]	[SF3 & SF4]	Bestätigung der Schmerzen in den Kaumuskel(n)	U1a
			Bekannter Schmerz bei Muskelpalpation	U9: bekannter Schmerz im M. masseter oder M. temporalis; oder U10: bekannter Schmerz in zusätzlichen Muskeln, wenn U10 eingeschlossen wird
			Schmerz bleibt auf den Bereich der Stimulation lokalisiert	U9: kein übertragener und sich ausbreitender Schmerz; und U10: kein übertragener und sich ausbreitender Schmerz, falls U10
<u>Myofaszialer Schmerz</u> (ICD-9 729.1) Sens. und Spez. nicht etabliert	[dasselbe wie für Myalgie]	[SF3 & SF4]	Bestätigung von Schmerzen in den Kaumuskel(n)	U1a
			Bekannter Schmerz bei Muskelpalpation	U9: bekannter Schmerz im Temporalis oder Masseter; oder U10: bekannter Schmerz in Hilfsmuskeln, falls U10 eingeschlossen
			Ausbreitender (aber nicht übertragener) Schmerz bei	U9: sich ausbreitender Schmerz; oder U10: sich ausbreitender Schmerz, falls U10

	Anamnese		Untersuchung	
<i>Erkrankung</i>	<i>Kriterien</i>	<i>SF</i>	<i>Kriterien</i>	<i>Untersuchungsformular</i>
			Muskelpalpation	eingeschlossen; UND U9: kein übertragener Schmerz; und U10: kein übertragener Schmerz, falls U10 eingeschlossen

	Anamnese		Untersuchung	
Erkrankung	Kriterien	SF	Kriterien	Untersuchungsformular
<u>Myofaszialer Schmerz mit Übertragung</u> (ICD-9 729.1) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,86 Spez. 0,98 	[dasselbe wie für Myalgie]	[SF3 & SF4]	Bestätigung von Schmerzen in Kaumuskel(n)	U1a
			Bekannter Schmerz bei Muskelpalpation	U9: bekannter Schmerz im M. temporalis oder M. masseter; oder U10: bekannter Schmerz in zusätzlichen Muskeln, wenn U10 eingeschlossen
			Übertragener Schmerz bei Muskelpalpation	U9: übertragener Schmerz positiv; oder U10: übertragener Schmerz positiv, falls U10 eingeschlossen
Arthralgie (ICD-9 524.62) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,89 Spez. 0,98 	Schmerz in einer mastikatorischen Struktur	SF3	Bestätigung von Schmerzen in Kieferglenk(en)	U1a
	Schmerz, der durch Kieferbewegungen, Funktion oder Parafunktion modifiziert wird	SF4	Bekannter Schmerzen des Kiefergelenks bei Palpation oder Kieferbewegungen	U4b, U4c, U5a-c, oder U9: bekannte Schmerzen im Kiefergelenk
Auf CMD zurückgeführte Kopfschmerzen (ICD-9 339.89 [andere spezifizierte Kopfschmerzsyndrome], oder ICD-9 784.0 [Kopfschmerz]) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,89 Spez. 0,87 Beachten Sie, dass für eine sekundäre Kopfschmerzdiagnose entweder eine primäre Myalgie oder Arthralgie Diagnose erforderlich ist	Kopfschmerzen jeglicher Art in der Temporalregion	SF5	Bestätigung von Kopfschmerzen im M. temporalis	U1b
	Kopfschmerzen, die durch Kieferbewegungen, Funktion oder Parafunktion beeinflusst werden	SF7	Angabe von bekanntem Kopfschmerz in der Temporalisregion durch entweder: a. Palpation des M. temporalis oder b. Kieferbewegungen	U4b, U4c, U5a-c, oder U9: bekannter Kopfschmerz im M. temporalis

	Anamnese		Untersuchung	
Erkrankung	Kriterien	SF	Kriterien	Untersuchungsformular
Gelenkerkrankungen				
Diskusverlagerung mit Reposition (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,34 Spez. 0,92 	Anamnestisch aktuell vorhandenes Kiefergelenk (KG) - Geräusch, ODER	SF8	Knacken beim Öffnen <u>und</u> Schließen, ODER	U6: (Öffnen & Schließen) Knacken, ODER
	Patient gibt während der Untersuchung Geräusche an	U6 or U7: Geräusch vom Patienten angegeben	Sowohl a) Knacken beim Öffnen oder Schließen UND (b) Knacken bei Laterotrusion oder Protrusion	U6: Knacken (beim Öffnen oder Schließen) UND E7: Knacken
Diskusverlagerung mit Reposition, mit intermittierender Kieferklemme (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,38 Spez. 0,98 	[dasselbe wie für Diskusverlagerung (DV) mit Reposition]	[dasselbe wie DV mit Rep]	[dasselbe wie für Diskusverlagerung mit Reposition]	[dasselbe wie DV mit Rep]
	Aktuell intermittierende Blockade mit eingeschränkter Mundöffnung	SF11=ja SF12=nein	Wenn die Störung klinisch auftritt: Umlenken zur Mundöffnung erforderlich	E8 (optional)
Diskusverlagerung ohne Reposition, mit Mundöffnungseinschränkung (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,80 Spez. 0,97 	Aktuell* KG-Blockade mit eingeschränkter Mundöffnung	SF9	Passive Dehnung (maximale passive Mundöffnung) < 40mm	U4c < 40mm inklusiv vertikalem Überbiss
	Einschränkung schwer genug, um die Fähigkeit zu Essen zu beeinträchtigen	SF10		
Diskusverlagerung ohne Reposition, ohne Mundöffnungseinschränkung (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,54 Spez. 0,79 	Frühere* KG-Blockade mit eingeschränkter Mundöffnung	SF9	Passive Dehnung (maximale passive Mundöffnung) ≥ 40 mm	U4c ≥ 40 mm inclusive vertikaler inzisaler Überbiss
	Einschränkung schwer genug, um die Fähigkeit zu Essen zu beeinträchtigen	SF10		
Degenerative Gelenkerkrankung (ICD-9 715.18) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,55 Spez. 0,61 	Anamnestisch aktuell vorhandene KG-Geräusche, ODER	SF8	Reiben bei Kieferbewegungen	U6 oder U7: Reiben vom Untersucher festgestellt
	Patient gibt während der Untersuchung Geräusch an	U6 oder U7: Geräusch vom Patienten angegeben		
Subluxation (ICD-9 830.0) <ul style="list-style-type: none"> Sens. 0,98 Spez. 1,00 	KG-Arretierung oder Hängen bleiben bei weit geöffneter Kieferposition	SF13	Wenn die Störung klinisch auftritt: Umlenken zum Mundschluss erforderlich	U8 (optional)
	Unfähigkeit den Mund ohne	SF14		

	Anamnese		Untersuchung	
<i>Erkrankung</i>	<i>Kriterien</i>	<i>SF</i>	<i>Kriterien</i>	<i>Untersuchungsformular</i>
	spezielles Umlenken zu schließen			

* "Aktuell" und "Früher" werden (basierend auf SF9), in Hinblick auf die Varianten „mit Einschränkung“ bzw. „ohne Einschränkung“ der Diskusverlagerung ohne Reposition zu differenzieren, auf der Grundlage einer Veränderung über die Zeit interpretiert, die durch die Anamnese festgestellt und durch die klinische Untersuchung des Bewegungsspielraums des Kiefers bestätigt wird..

Axis II Assessment

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓	✓	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
✓	✓	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of Pain Assessment, Third Edition. New York: Guilford Press. 2011. pp 455 – 473. Form Version: May 12, 2013
✓		Jaw Functional Limitations Scale - 8-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orofacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
	✓	Jaw Functional Limitations Scale - 20-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orofacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
✓		PHQ-4	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, and Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. <i>Psychosomatics</i> 50 (6):613-621, 2009. A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium. Form Version: May 12, 2013

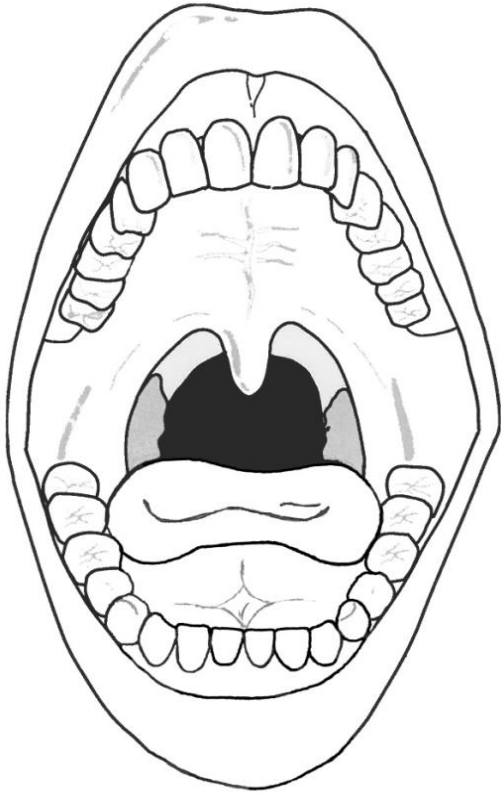
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
	✓	PHQ-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	GAD-7	<p>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, and Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. <i>Arch.Intern.Med.</i> 166 (10):1092-1097, 2006.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	PHQ-15	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. <i>Psychosom.Med.</i> 64 (2):258-266, 2002.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
✓	✓	Oral Behaviors Checklist	<p>Ohrbach R, Markiewicz MR, and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. <i>European Journal of Oral Sciences</i> 116:438-444, 2008.</p> <p>Ohrbach R et al. Oral Behaviors Checklist: Development and validation. Forthcoming.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>

Pain Drawing

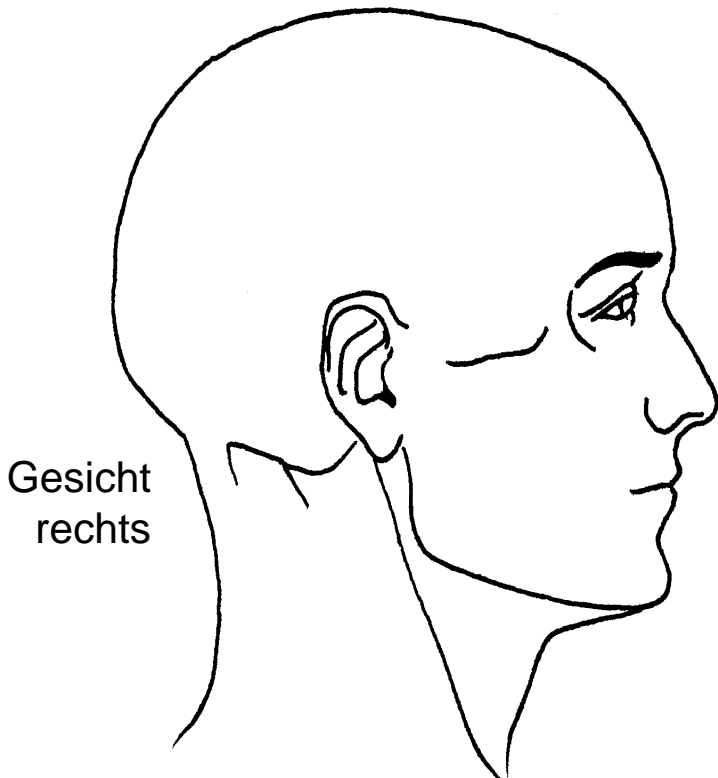
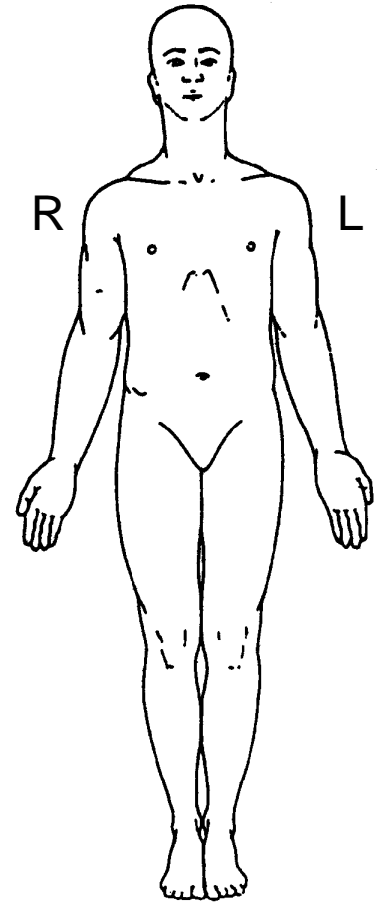
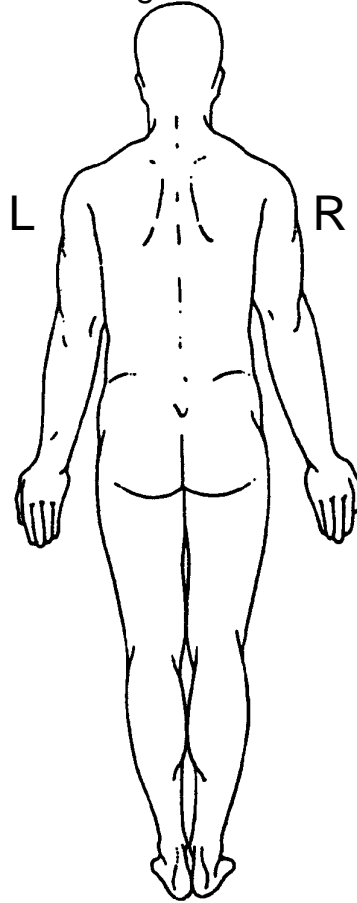
SCHMERZZEICHNUNG

Bitte schraffieren Sie in den zutreffenden Zeichnungen ALLE Gebiete, in denen Sie unterschiedliche Schmerzen haben.

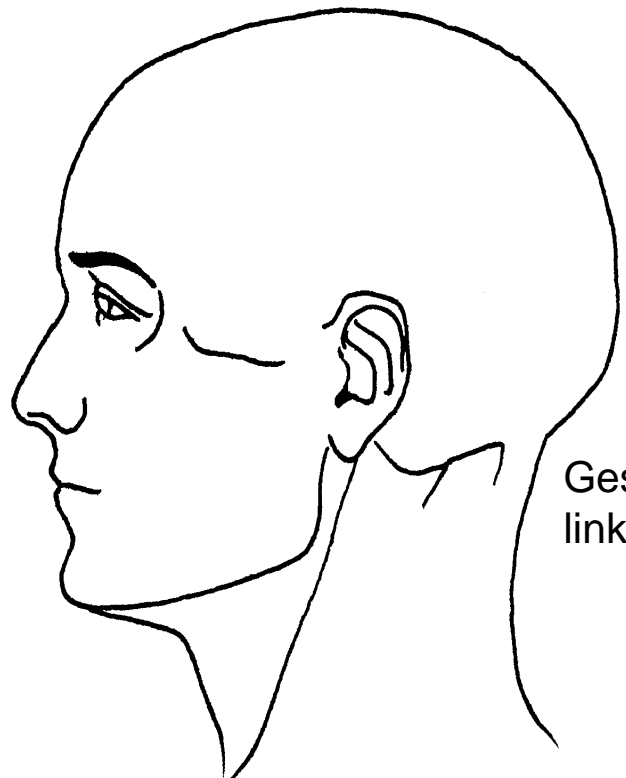
Wenn es einen genauen Punkt gibt, wo der Schmerz lokalisiert ist, kennzeichnen Sie ihn mit einem ausgefüllten Punkt (●). Wenn Ihr Schmerz von einem zu einem anderen Ort wandert, nutzen Sie Pfeile um den Weg aufzuzeigen.



Mund und Zähne



Gesicht
rechts



Gesicht
links

Graded Chronic Pain (version 2)

Graduierung chronischer Schmerzen (Version 2.0)

1. An wie vielen Tagen in den letzten 6 Monaten hatten Sie Gesichtsschmerzen? _____ Tage

2. Wie würden Sie Ihre Gesichtsschmerzen zum **JETZIGEN** Zeitpunkt einschätzen? Verwenden Sie eine Skala von 0 bis 10, bei der 0 „kein Schmerz“ und 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet.

Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Wie würden Sie Ihren **STÄRKSTEN** Gesichtsschmerz in den LETZTEN 30 TAGEN einschätzen? Verwenden Sie die gleiche Skala, bei der 0 „kein Schmerz“ und 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet.

Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Wie würden Sie Ihre **DURCHSCHNITTLICHEN** Gesichtsschmerzen in den LETZTEN 30 TAGEN einschätzen. Verwenden Sie die gleiche Skala, bei der 0 „kein Schmerz“ und 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet. [Gemeint ist Ihr *gewöhnlicher Schmerz*, wenn Sie Schmerzen hatten.]

Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Wie viele Tage haben Ihre Gesichtsschmerzen Sie in den LETZTEN 30 TAGEN von Ihren **ÜBLICHEN AKTIVITÄTEN** wie Arbeit, Schule oder Hausarbeit abgehalten? _____ Tage

6. Wie stark haben Ihre Gesichtsschmerzen Sie in den LETZTEN 30 TAGEN bei Ihren **TÄGLICHEN AKTIVITÄTEN** beeinträchtigt? Verwenden Sie eine Skala von 0 bis 10, bei der 0 „keine Beeinträchtigung“ und 10 „unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben“ bedeutet.

Keine Beeinträchtigung										Unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Wie stark haben Ihre Gesichtsschmerzen Sie in den LETZTEN 30 TAGEN bei Ihren **FREIZEIT-, GESELLSCHAFTS- UND FAMILIENAKTIVITÄTEN** beeinträchtigt? Verwenden Sie die gleiche Skala von 0 bis 10, bei der 0 „keine Beeinträchtigung“ und 10 „unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben“ bedeutet.

Keine Beeinträchtigung										Unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Wie stark haben Ihre Gesichtsschmerzen in den LETZTEN 30 TAGEN Ihre **ARBEITSFÄHIGKEIT**, einschließlich Hausarbeit, beeinträchtigt? Verwenden Sie die gleiche Skala von 0 bis 10, bei der 0 „keine Beeinträchtigung“ und 10 „unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben“ bedeutet

Keine Beeinträchtigung										Unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

JFLS-8

Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-8)

Bitte geben Sie für jeden der untenstehenden Punkte den Grad der Einschränkung **innerhalb des letzten Monats** an. Falls die Aktivität vollständig vermieden wurde, weil sie zu schwierig war, kreuzen Sie „10“ an. Wenn Sie eine Aktivität aus anderen Gründen als Schmerzen oder Schwierigkeiten, vermieden haben, lassen Sie den Punkt unmarkiert.

	Keine Ein- schränkung											Starke Einschränkung
1. Zähe Nahrung kauen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Hühnchen kauen (z.B. nach Zubereitung im Backofen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Weiche Nahrung essen, die nicht gekaut werden muss (z.B. Kartoffelpüree, Apfelmus, Pudding, pürierte Nahrung)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Weit genug den Mund öffnen, um aus einer Tasse zu trinken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Schlucken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Gähnen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Sprechen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Lächeln	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

JFLS-20

Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20)

Bitte geben Sie für jeden der untenstehenden Punkte den Grad der **Einschränkung innerhalb des letzten Monats** an. Falls die Aktivität vollständig vermieden wurde, weil sie zu schwierig war, kreuzen Sie „10“ an. Wenn Sie eine Aktivität aus anderen Gründen als Schmerzen oder Schwierigkeiten, vermieden haben, lassen Sie den Punkt unmarkiert.

		Keine Ein- schränkung										Starke Einschränkung
1.	Zähe Nahrung kauen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Hartes Brot kauen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Hähnchen kauen (z.B. nach Zubereitung im Backofen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Kräcker/ Kekse kauen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Weiche Speisen kauen (z.B. Nudeln, eingemachte oder weiche Früchte, gekochtes Gemüse, Fisch)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Weiche Nahrung essen, die nicht gekaut werden muss (z.B. Kartoffelpüree, Apfelmus, Pudding, pürierte Nahrung)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Weit genug den Mund öffnen, um von einem ganzen Apfel abzubeißen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Weit genug den Mund öffnen, um in ein belegtes Brot zu beißen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Weit genug den Mund öffnen, um zu reden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Weit genug den Mund öffnen, um aus einer Tasse zu trinken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Schlucken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Gähnen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Sprechen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Singen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Fröhliches Gesicht machen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Wütendes Gesicht machen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Stirnrunzeln	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Küssen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Lächeln	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Lachen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHQ-4

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
	0	1	2	3
1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTWERT =

Copyright Pfizer Inc. Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams. Deutsche Übersetzung: Löwe, B. Spitzer, R.L. Zipfel, S. Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen (2.Auflage)*. Karlsruhe: Pfizer.

Verfügbar unter <http://www.rdc-tmdinternational.org>. Keine Erlaubnis zur Vervielfältigung, Übersetzung, Abbildung oder Verbreitung erforderlich.

PHQ-9

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als die Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
	0	1	2	3
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTWERT =

GAD-7

Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD – 7)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
	0	1	2	3
1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GESAMTWERT =				

PHQ-15

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-15)

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
	0	1	2
1. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTWERT = _____

Oral Behaviors Checklist

Oral Behaviors Checklist

Wie oft haben Sie, im **letzten Monat**, jede der folgenden Aktivitäten ausgeführt? Falls die Häufigkeit der Aktivität variiert, wählen Sie bitte die höhere Option aus. Bitte markieren Sie die Antwort zu jedem Punkt mit einem (v) und überspringen Sie keine Punkte.

Aktivitäten während des Schlafs		Nie	< 1 Nacht/ Monat	1-3 Nächte/ Monat	1-3 Nächte/ Woche	4-7 Nächte/ Woche
1	Pressen oder Knirschen mit den Zähnen während des Schlafs , basierend auf jeglichen verfügbaren Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Schlafen in einer Position, die Druck auf den Kiefer ausübt (z.B. auf dem Bauch oder auf der Seite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten im Wachzustand		Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
3	Im Wachzustand mit den Zähnen knirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Im Wachzustand die Zähne zusammenpressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pressen, Berühren oder Zusammenhalten der Zähne außer beim Essen (gemeint ist der Kontakt zwischen Zähnen des Ober- und Unterkiefers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Halten, Verspannen oder Anspannen der Muskulatur ohne Pressen oder Aufeinanderhalten der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Den Kiefer nach vorn oder zur Seite halten oder schieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Die Zunge kraftvoll gegen die Zähne pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Die Zunge zwischen die Zahnreihen legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Auf Ihre Zunge, Wange oder Lippen beißen, kauen oder mit ihnen spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Den Kiefer in einer starren oder angespannten Position halten, wie um den Kiefer zu stützen oder zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Objekte wie Haare, Pfeife, Bleistift, Stifte, Finger, Fingernägel usw. zwischen den Zähnen halten oder darauf beißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kaugummikauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Spielen eines Musikinstruments, bei dem der Mund oder Kiefer beansprucht wird (z.B. Holz-, Blechblas-, Streichinstrumente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sich mit Ihrer Hand auf den Kiefer lehnen, wie beim Stützen oder Ausruhen des Kinns in der Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Kauen von Nahrung nur auf einer Seite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Essen zwischen den Mahlzeiten (gemeint ist Nahrung, die gekaut werden muss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Anhaltendes Sprechen (z.B. Lehrtätigkeit, Verkauf, Kundenservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Singen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Gähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Halten des Telefons zwischen Ihrem Kopf und Ihren Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>