

Funktionsuntersuchung Kiefergelenk

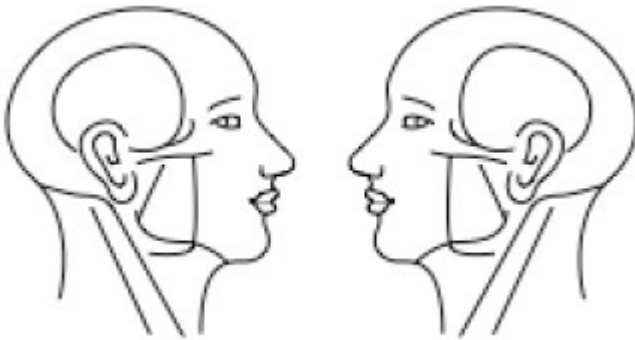
Name: _____ Datum: _____ Zahnarzt: _____

Geb.Datum: _____

Diagnose: _____

Verordnung: _____

Primäre Problematik: _____



Abweichung Inzisallinie: _____ mm nach: _____

Unterkiefer Rücklage: _____ mm

Aktive Bewegungsprüfung TMG

Muskelpalpation

Bewegung	mm	R	L
Mundöffnung			
Laterotrusion re			
Laterotrusion li			
Protrusion			
Retrusion			

Muskel	R	L
M. masseter		
M. temporalis		
M. pterygoideus medialis		
Mundboden (suprahyoidal)		
Mm. suboccipitales		
M. trapezius descendens		
M. levator scapulae		
Mm. scalenii		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Passive Bewegungsprüfung

Muskelfunktionstest

Endgefühl	R	L
Mundöffnung		
Laterotrusion rechts		
Laterotrusion links		
Protrusion		
Retrusion		

Bewegungsrichtung	R	L
Mundöffnung		
Mundschluss		
Laterotrusion rechts		
Laterotrusion links		
Protrusion		
Retrusion		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Gelenkpalpation

TMG Region	R	L
TMG dorsal		
TMG lateral		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)



Gelenkgeräusche Ja Nein

Rechts		Mundöffnung		Links		Rechts		Mundschluss		Links	
R	K			R	K	R	K			R	K
		initial						terminal			
		intermediär						intermediär			
		terminal						initial			

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Intra-Orale Inspektion

Befund	Ja	Nein
Abrasion		
Wangenimpressionen		
Zungenimpressionen		
Schleimhautdefekte		
Rezessionen		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

„to do“ - Liste



Verlaufsdokumentation

Datum	Interventionen – Behandlungsergebnisse

Übungsprogramm :__