

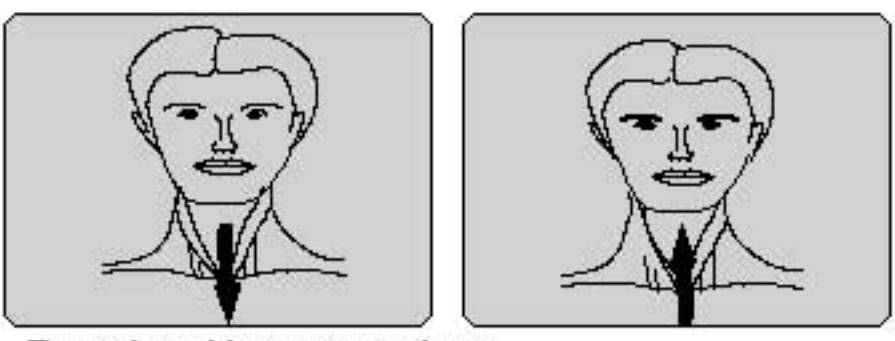
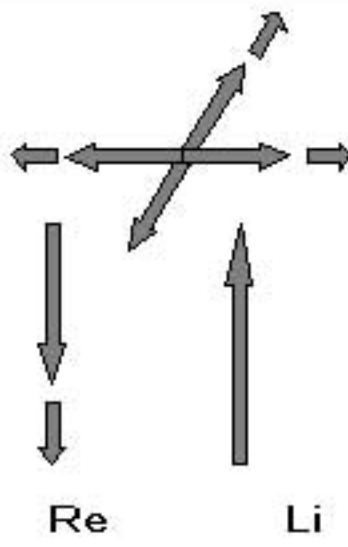
Basis Untersuchung

Okklusion \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

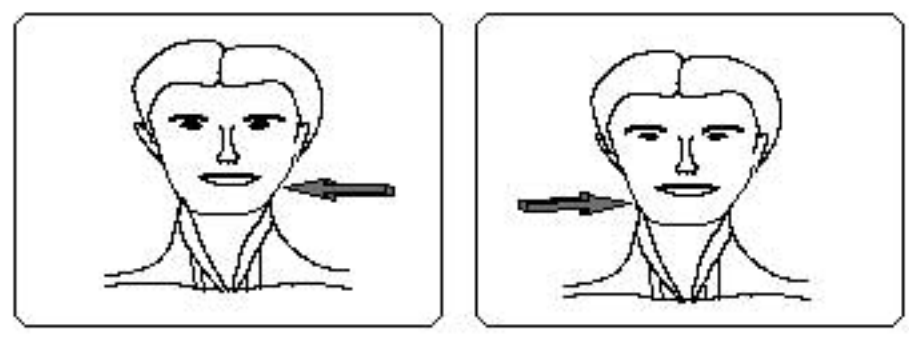
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_

Anamnese \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

1. Aktive Bewegung
2. Passive Bewegung
3. Isometrische Anspannung

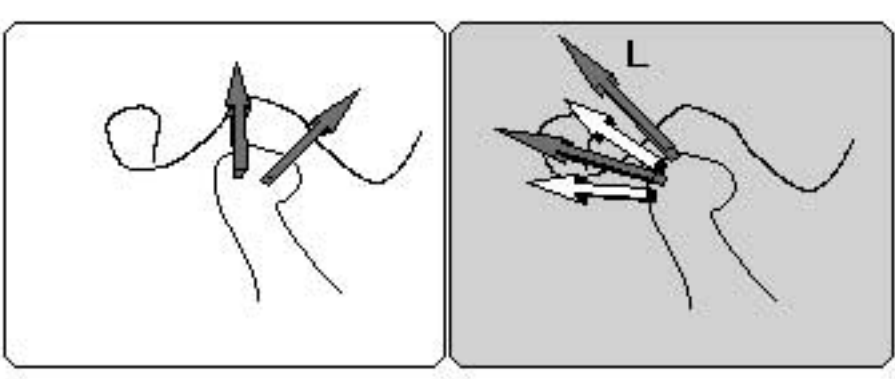


Passive Kompression

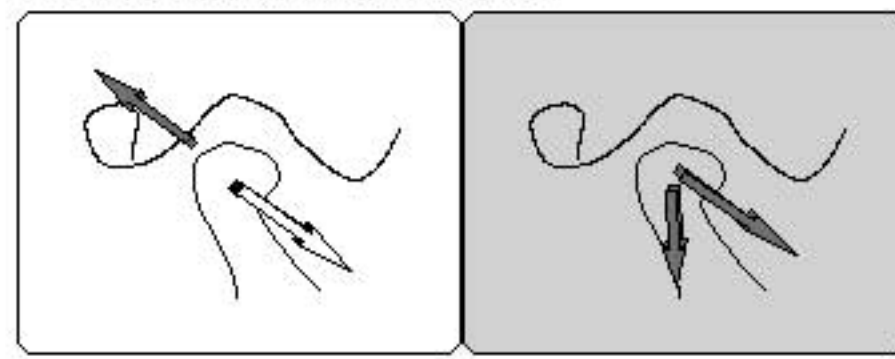
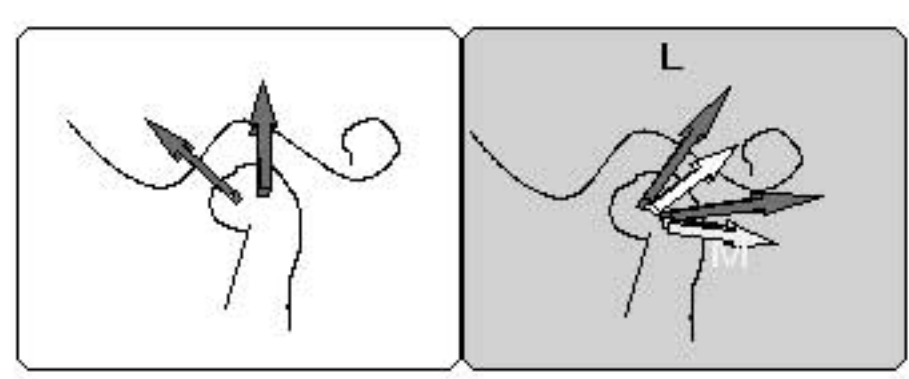


das Endgefühl	
Hart ligamentär	E 1
Zu weich	E 2
Zu Hart	E 3
Zurückfedernd	E 4
Knöchern	E 5
Abrupt	E 6
Leer	E 7
Gelenkgeräusche	
Knacken initial	K 1
interm.	K 2
terminal	K 3
Reiben initial	R 1
interm.	R 2
terminal	R 3
Schmerzen	S+
Bewegungsabnahme	B -
zunahme	B +
Kraftabnahme	K -
zunahme	K +
Syprahyoidale Musk.	Sh
Infrahyoidale	lh
Masseter	Ma
Temporals	T
Ptery. Medialis	Me
Ptery. Laterals	L

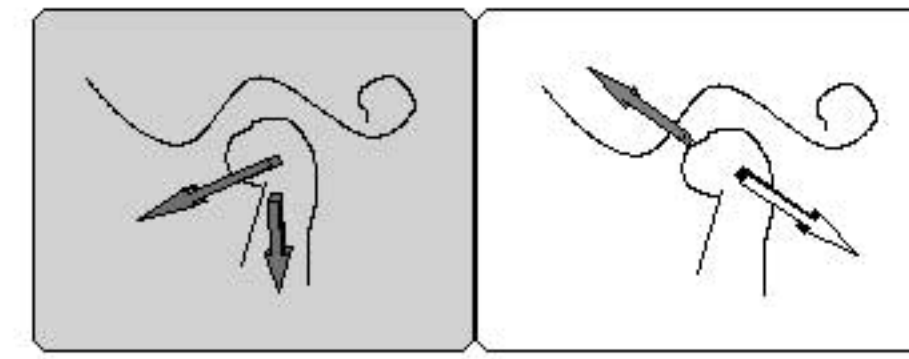
Erweiterte Untersuchung



Traktion und Translation



Dyn. Kompression



Dyn. Translation

<input type="checkbox"/> später <input type="checkbox"/> lauter <input type="checkbox"/> leiser <input type="checkbox"/> dumpfer <input type="checkbox"/> Deflexion <input type="checkbox"/> verschwunden <input type="checkbox"/> an gleicher Stelle	<input type="checkbox"/> später <input type="checkbox"/> lauter <input type="checkbox"/> leiser <input type="checkbox"/> dumpfer <input type="checkbox"/> Deflexion <input type="checkbox"/> verschwunden <input type="checkbox"/> an gleicher Stelle	<input type="checkbox"/> später <input type="checkbox"/> lauter <input type="checkbox"/> leiser <input type="checkbox"/> dumpfer <input type="checkbox"/> Deflexion <input type="checkbox"/> verschwunden <input type="checkbox"/> an gleicher Stelle	<input type="checkbox"/> später <input type="checkbox"/> lauter <input type="checkbox"/> leiser <input type="checkbox"/> dumpfer <input type="checkbox"/> Deflexion <input type="checkbox"/> verschwunden <input type="checkbox"/> an gleicher Stelle	<input type="checkbox"/> später <input type="checkbox"/> lauter <input type="checkbox"/> leiser <input type="checkbox"/> dumpfer <input type="checkbox"/> Deflexion <input type="checkbox"/> verschwunden <input type="checkbox"/> an gleicher Stelle
---	---	---	---	---

Diagnose

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kompression</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kranial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Osteoarthrose</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Arthritis</b> der Stratum superiore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis der Stratum inferiore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kapsulitis</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kondylushypermobilität</b> (Subluxation) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Luxation. ( keine aktive Reposition ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Diskusvorverlagerung</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Reposition      Re      Li <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ohne Reposition <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Adhäsion <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Distraktion</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kranial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Arthritis</b> der Stratum superiore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis der Stratum inferiore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kapsulitis</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kondylushypermobilität</b> (Subluxation) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Luxation. ( keine aktive Reposition ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Diskusvorverlagerung</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Reposition      Re      Li <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ohne Reposition <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Adhäsion <input type="checkbox"/> medial <input type="checkbox"/>
---	---

**muskulärer**      R L  
 Hypertonus:      OOMa OOT OOMe OOL OOih OOSH  
 Muskelverkürzung OOMa OOT OOMe OOL OOih OOSH  
 Myositis      OOMa OOT OOMe OOL OOih OOSH  
 Tendinitis      OOMa OOT OOMe OOL OOih OOSH  
 Reflekt. Anspannung OOMa OOT OOMe OOL OOih OOSH  
  Verdacht a. **HWS** Mitbeteiligung  
  Verdacht a. Störung d. **Durchblutung/Hormonspiegel**

Therapie

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schienentherapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Basisschiene <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distraktionsschiene <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Langzeitprovisorium <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adj. Knirscherschiene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Repositions therapie: <input type="checkbox"/> Repositions herbst <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Reposition/Entfer.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rep. nicht möglich/in der Pathologie rehabilitieren. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Okkl. Rehabilitation: <input type="checkbox"/> Proth. <input type="checkbox"/> KFO <input type="checkbox"/> Chirurg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kaudaltraktion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ventromediale Translation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Muskelmassagen</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dauerdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Querfriktion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muskeldehnung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kälte-/Wärmetherapie. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kräftigung, Isometrie/Isotonie. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rotationsübungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Internist/Orthopäde/HNO/Gynäkologe konsultieren
---	---	---	--

Sonstiges:.....  
 .....  
 .....

Sonstiges:.....  
 .....  
 .....