



God medicinsk
praxis

FUNKTIONELL UNDERSÖKNING AV TMD-PATIENTEN

NAMN _____ PERSONBETECKNING _____ DATUM _____

Underkäkens rörelser

Maximal gapning (utan assistans) mm _____ hö. ____ vä. ____ Smärta: _____ Max. gapning, deviation sett framifrån (mm)

Maximal gapning (med assistans) mm _____ hö. ____ vä. ____

Max. rörelse hö. mm _____ hö. ____ vä. ____

Max. rörelse vä. mm _____ hö. ____ vä. ____

Max. rörelse framåt mm _____ hö. ____ vä. ____

20

40

60

H V

Käklederna

	/ 20		/ 20		/ 20		/ 20	
	hö.	vä.	hö.	vä.	hö.	vä.	hö.	vä.
Svullnad								
Subluxation (överrörlighet)								
Reciprok knäppning								
Annan knäppning								
Krepitation								
Palpationsömhet: lat.								
Belastningstest								
Bitpinnetest								

Tuggmuskler

Inspektion (t.ex. hypertrofier) _____

	/ 20		/ 20		/ 20		/ 20	
	hö.	vä.	hö.	vä.	hö.	vä.	hö.	vä.
Palpationsömhet								
m. mass. sup.								
m. mass. prof.								
m. temp. ant.								
m. temp. post.								
m. pter. med.								
m. dig. post.								
m. pter. lat.								
m. temp. fäste.								
m. sternocl.								



God medicinsk
praxis

Intraoral undersökning

Tandluckor 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
H _____ V

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Tänderna: skötta _____ oskötta _____ kronor _____ broar _____ proteser _____

Bettyp _____ Överbitning: horistontell _____ vertikal _____

Slemhinnor _____ Tungan _____

Tandslitage/slitagefacetter (område) _____

Parodontium _____

Tändernas rörlighet _____

Bettförhållande

Interkuspitationsläge (IP)

Ocklusionsljud _____ Stabilitet _____

Retruderat läge (RP)

Manipulation (t.ex. smärtsam, styv käke) _____

prekontakt _____

RP-IP (mm) sagit. _____ vert. _____ lat.dev. hö/vä _____

Artikulationsrörelser/tandkontakter:

Lateralrörelse till vänster (styrd)	Lateralrörelse till höger (styrd)
- mediotrusion _____	- mediotrusion _____
- laterotrusion _____	- laterotrusion _____
- extremläge _____	- extremläge _____

Protrusionsrörelse (styrd) _____

- kontakter i främre området _____

- kontakter i bakre området _____

RÖNTGENFYND _____

DIAGNOS _____

BEHANDLINGSPLAN _____

