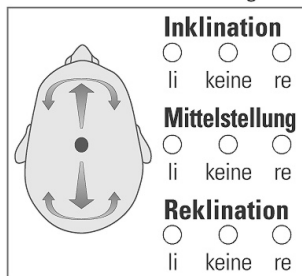


Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

- ☐ wir überweisen Ihnen folgenden Patienten:
zur Überprüfung der unten angegebenen Befunde und ggf. Einleitung einer entsprechenden Therapie.
- ☐ Wir bitten um eine kurze Stellungnahme der von Ihnen festgestellten Befunde bzw. des ggf. erstellten Therapieplanes.

HWS:

Rotationseinschränkung in...



rechts	☐ ☒ Mißempfindung	Schmerz	☒ ☒	links
☐	☒	M. masseter superfic.	☐	☐
☐	☐	M. masseter prof.	☐	☐
☐	☐	Kiefergelenk lateral	☐	☐
☐	☐	Kiefergelenk dorsal	☐	☐
☐	☐	M. temporalis ant.	☐	☐
☐	☐	M. temporalis med./post.	☐	☐
☐	☐	Suboccip.-/Nacken-M.	☐	☐
☐	☐	M. trapezius	☐	☐
☐	☐	M. sternocleidomastoideus	☐	☐
☐	☐	infrahyoidale M.	☐	☐
☐	☐	suprahyoidale M.	☐	☐
☐	☐	M. pterygoideus med.	☐	☐
☐	☐	M. digastricus venter post.	☐	☐
☐	☐	M. pteryg. lat. / Isometrie	☐	☐

■ Vorläufige Diagnose:

- ☐ CMD ☐ primär myogen ☐ primär arthrogen
- ☐ CCD ☐ primär myogen ☐ primär arthrogen
- ☐ Bruxismus ☐ hypermobil

- Mundöffnung asymmetrisch ☐
- Mundöffnung eingeschränkt ☐
- Gelenkgeräusche ☐
- Okklusale Geräusche ☐
- Muskelpalpation schmerzhaft ☐
- Exzentrik traumatisch ☐

CMD ○ unwahrscheinlich (≤1)
○ wahrscheinlich (≥2)

■ Bei dem Patienten/der Patientin steht eine

- ☐ kieferorthopädische Behandlung an
- ☐ CMD-Therapie mittels Aufbissschienen an
- ☐ Kontrolluntersuchung bei uns in 6 Monaten an

Vielen Dank für die gute Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen.