



Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde | Poliklinik für Kieferorthopädie

Prof. Dr. Bert Braumann | Direktor | Kerpener Str. 32 | 50931 Köln | Telefon: +49 221 478-85609 | Telefax: +49 221 478-85615

Anamnesebogen K

Name		Vorname	Geburtsdatum
Straße			Telefon privat
PLZ	Ort		E-Mail-Adresse
Krankenkasse		Zusatzversorgung	
Arbeitgeber			Telefon geschäftlich
Versichert über: Name		Vorname	Geburtsdatum
Kinderärztin/-arzt Name, Ort, Telefon		Hauszahnarzt Name, Ort, Telefon	

Hat oder hatte Ihr Kind jemals folgende Erkrankungen:

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.

- Herz- oder Kreislauferkrankungen Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes Ja Nein
- Lungenerkrankungen (z. B. Asthma) Ja Nein
- Gelenkerkrankungen (z. B. Rheuma) Ja Nein
- Störungen des Blutes/Blutgerinnung Ja Nein
- Zucker (Diabetes) Ja Nein
- Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht, Hepatitis) Ja Nein
- HIV-Infektion (AIDS) Ja Nein
- Krampfanfälle (Epilepsie) Ja Nein
- Augenerkrankungen (Grüner Star) Ja Nein
- Nierenerkrankungen Ja Nein
- Atemaussetzer (obstruktive Schlafapnoe) Ja Nein
- Psychische Erkrankungen (z. B. Depression) Ja Nein
- Entwicklungsverzögerung (z. B. ADHS, Autismus) Ja Nein

Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen?

Leidet Ihr Kind an Allergien?

Bitte umblättern, die Rückseite ausfüllen und unterschreiben!

Nimmt Ihr Kind zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Hat Ihr Kind schon eine Narkose erhalten? Ja Nein

**Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine kieferorthopädische Behandlungsplanung erstellt?
Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten?**

Wurden Sie zu uns überwiesen?

Welchen aktuellen Behandlungswunsch haben Sie?

Unsere Patientinnen und Patienten werden auf Grund der Röntgenverordnung vom 30.04.2003 nach Änderungen vom 11.12.2014 gebeten, folgende Fragen vor einer eventuellen Röntgenuntersuchung zu beantworten:

Sind bei Ihrem Kind schon einmal Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich angefertigt worden?

Ja Nein

Wann? _____ Wo? _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass für Ihr Kind?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Aussagen helfen uns, Ihrem Kind die bestmögliche und komplikationsarme Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie um sorgfältige Beantwortung der Fragen zu der allgemeinen Vorgeschichte Ihres Kindes (Anamnese).

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten