



**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 B**

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		Hauszahnärztin/-arzt 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 .....
- 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 .....
- Neurologische Auffälligkeiten  Ja  Nein .....

**Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen?**

**Leidet Ihr Kind an Allergien?**

**Nimmt Ihr Kind zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein?**

*Bitte umblättern, die Rückseite ausfüllen und unterschreiben!*

**Bitte nennen Sie uns einige Eckdaten zur Geburt:**

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Körperlänge: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Entbindung in Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

**War dies Ihre erste Schwangerschaft?**

---

**Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?**

---

**Gab es Besonderheiten während ggf. vorausgegangener Schwangerschaften?**

---

**Sind in der Familie Spaltbildungen oder andere Fehlbildungen bekannt?**

---

**Wurde die Fehlbildung pränatal diagnostiziert? Wenn ja, wo?**

---

**Haben Sie Folsäure eingenommen? Wenn ja, seit wann?**

---

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