



**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 E**

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

**Haben oder hatten Sie 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 .....
- Suchterkrankung  Ja  Nein .....
- Rauchen Sie?  Ja  Nein .....

**Leiden Sie an anderen Erkrankungen?**

*Bitte umblättern, die Rückseite ausfüllen und unterschreiben!*

Leiden Sie an Allergien?

---

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

---

Sind Sie zurzeit schwanger?  Ja  Nein  ungewiss

---

Haben Sie schon einmal eine Narkose erhalten?  Ja  Nein

---

Wurde bei Ihnen schon einmal eine kieferorthopädische Behandlungsplanung erstellt?

Wurden Sie 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 Ihnen schon einmal Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich angefertigt worden?

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Ja  Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Aussagen helfen uns, Ihnen die bestmögliche und komplikationsarme Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bitten Sie um sorgfältige Beantwortung der Fragen zu Ihrer allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient/gesetzl. Vertreter/in