

Patient:in:

geb. am:
Geburtsort:
Versicherung:
Datum:

Synoptischer Aufnahmebogen A - Seite 1

Allgemeine Anamnese

(zutreffendes ankreuzen und ggf. unterstreichen)

- 1. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen, Metalle, Medikamente, Allergiepass?)
a) Wenn ja, worauf? _____
- 2. Treten ungewöhnliche Reaktionen bei Spritzen oder Medikamenten auf?
- 3. Blutgerinnungsstörungen (Bluten Sie lange bei Verletzungen, Erkrankung blutbildener Organe)
- 4. Herzerkrankungen (z.B. Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung (Endokarditis), Herzrhythmusstörungen)
- 5. Kreislauferkrankung (Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Schwindel)
- 6. Rheuma (Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma, Gelenkerkrankungen)
- 7. Lebererkrankungen
- 8. Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I /II)
- 9. Atemwegserkrankungen? (Asthma, Bronchitis)
- 10. Magen-Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn)
- 11. Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz, Dialyse)
- 12. Vegetatives Nervensystem (Anfallsleiden/Epilepsie, Kopfschmerzen, Migräne)
- 13. Schilddrüsenerkrankungen (Hyper- bzw. Hypothyreose)
- 14. Augenerkrankungen (Glaukom/grüner Star, grauer Star)
- 15. Infektiöse Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV, Herpes, Röteln, Mumps, Masern)
- 16. Haut-, Geschlechtskrankheiten (Schuppenflechte, Pilzkrankungen)
- 17. Tumorerkrankungen (mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie). In welchem Bereich?
- 18. Psychosomatische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angstattacken)
- 19. Knochenerkrankungen (z.B. Rachitis)
- 20. Ist Ihr Kind jemals ernsthaft krank gewesen?
- 21. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- 22. Hat Ihr Kind eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

- 23. Hatte Ihr Kind schon mal einen Krampf- und/oder Ohnmachtsanfall? Wenn ja, wann?

- 24. Ist Ihr Kind zur Zeit akut in ärztlicher Behandlung?
Adresse Hausärztin/Hausarzt _____

Patient:in:

geb. am:
Geburtsort:
Versicherung:
Datum:

Synoptischer Aufnahmebogen A - Seite 2

Spezielle Anamnese

Sorgeberechtigte/r für Gesundheit: _____

Tel./Mobil: _____ E-Mail: _____

Hauptversicherte/r: _____ Geburtsdatum: _____

Hauszahnarztpraxis: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- 1. Überweisung _____
- 2. Eigeninitiative: Ist Ihr Kind mit seinen Zähnen unzufrieden? _____
- 2.1 Eigeninitiative: Sind Sie mit den Zähnen Ihres Kindes unzufrieden? _____
- 3. Frühere/Aktuelle kieferorthopädische Behandlung ca. von ____ bis ____
 - o nein o abgeschlossen o abgebrochen o z. Zt. in Behandlung außer Haus
 - o Geräte _____ o Diverses _____Name Behandler:in, Adresse, Telefon _____
- 4. Bestehen Röntgenaufnahmen bei Hauszahnärzt:innen o. externen Kieferorthopäd:innen?
Angabe des Jahres _____
- 5. Lippen - Kiefer - Gaumenspalte (LKG) _____
- 6. Unfall im Zahn-, Kiefer-, Gesichtsbereich _____
- 7. Operation im Zahn-, Kiefer-, Gesichtsbereich _____
- 8. Besonderheiten (geistig, körperlich, sozial) _____
- 9. Besonderheiten im Kiefer- und Gesichtsbereich innerhalb der Familie _____
- 10. Hat Ihr Kind manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk?
- 11. Hat Ihr Kind Schmerzen an den Zähnen, am Zahnfleisch oder im Gesichtsbereich?
Wo/Seit wann? _____
- 12. Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie Lutschen, Beißen auf die Unterlippe/Zunge,
Zungenpressen, Lippensaugen, Schluckgewohnheiten oder andere? _____
- 13. Hatte Ihr Kind schon einmal eine logopädische Behandlung? _____
- 14. Wächst Ihr Kind aktuell intensiv? _____
- 15. Bei Mädchen: Hat Ihre Tochter schon Ihre 1. Regelblutung gehabt? Wenn ja, Alter _____
- 16. Bei Jungen: War/ist Ihr Sohn im Stimmbruch? Wenn ja, Alter _____
- 17. Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Wenn ja, welches? _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Jede Veränderung des Gesundheitszustandes muss umgehend dem/der Behandler/in mitgeteilt werden.

Hamburg, den _____

Sorgeberechtigte/r