

Universitätsmedizin Rostock □ PF 10 08 88 □ 18055 Rostock

**Poliklinik für Kieferorthopädie**

Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morat“  
Stempelstraße 13 · 18057 Rostock

**Direktorin**

Prof. Dr. Franka Stahl  
Telefon: +49 381 494-6558  
franka.stahl@med.uni-rostock.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in der Universitätsmedizin Rostock. Zur Vermeidung eventueller Zwischenfälle und Risiken bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand gewissenhaft zu beantworten.

Bei Fragen und Unklarheiten stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. **(Bitte vollständig ausfüllen!)**

--	--	--	--	--

Computernummer

**Kieferorthopädischer Erwachsenen-Anamnesebogen**

Name, Vorname des Patienten

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

behandelnder Zahnarzt/Anschrift

Hausarzt/Anschrift

Geburtsdatum

Krankenkasse

Telefon (privat)

Telefon (dienstl.)

**Auskunft zum Versicherungsstatus**

- |  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| 1) Ich bin <b>GKV</b> (gesetzlich) versichert. | <input type="radio"/> ja                   | <input type="radio"/> nein |
| 2) Ich bin <b>GOZ</b> (privat) versichert.     | <input type="radio"/> ja                   | <input type="radio"/> nein |
|  | <b>Beihilfe</b> <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein |
|  | <b>Basistarif</b> <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3) Sonstige (Polizei/ Bundeswehr/ Sozialamt)   | <input type="radio"/> ja                   | <input type="radio"/> nein |

**1. Angaben zur Überweisung**

Wer hat Sie zu uns überwiesen?

- Überweisung vom Hauszahnarzt  
 Überweisung von anderem Arzt

Wer: \_\_\_\_\_  
Wer: \_\_\_\_\_

- interne Überweisung durch andere Abteilung Welche: \_\_\_\_\_
- Eigeninitiative
- Empfehlung durch andere Patienten/Bekannte
- Andere: \_\_\_\_\_

Was stört Sie am meisten an Ihren Zähnen?

\_\_\_\_\_

**2. Allgemeine Anamnese**

- Hat bereits eine frühere kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?  ja  nein  
 Wenn ja, wo, bei wem und von wann bis wann?: \_\_\_\_\_  
 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie eine Abschlussbescheinigung erhalten?  ja  nein  
 Wie wurde behandelt?  herausnehmbar  festsitzend  mit Zahnentfernung

Führt der Zahnarzt regelmäßig Kariesprophylaxemaßnahmen durch?  ja  nein

- Wurde bei Ihnen schon einmal ein Sprechfehler festgestellt?  ja  nein  
 Hat bereits eine logopädische Behandlung stattgefunden?  ja  nein  
 Wenn ja, wo, bei wem und von wann bis wann: \_\_\_\_\_

**3. Familien- und Sozialanamnese**

- Hat oder hatte ein Elternteil Zahnfehlstellungen?  ja  nein  
 Vater welche: \_\_\_\_\_  
 Mutter welche: \_\_\_\_\_  
 Haben od. hatten Geschwister Zahnfehlstellungen?  ja  nein  
 Bruder welche: \_\_\_\_\_  
 Schwester welche: \_\_\_\_\_  
 Haben od. hatten Verwandte Zahnfehlstellungen?  ja  nein  
 Großeltern welche: \_\_\_\_\_  
 Tanten/Onkels \_\_\_\_\_  
 Cousinsen/Cousins \_\_\_\_\_  
 Gibt es Angehörige mit stark fliehendem oder sehr prominentem Kinn?  ja  nein  
 Wenn ja, bei wem: \_\_\_\_\_  
 Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, bei wem und welche Zähne? \_\_\_\_\_  
 Sind in der Familie Krebserkrankungen bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, bei wem und welche? \_\_\_\_\_  
 Sind in der Familie angeborene Fehlbildungen, wie Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten, Syndrome, Hüftdysplasie, Klumpfuß, bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, bei wem und welche Form: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie? \_\_\_\_\_  
 Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

- Welche Freizeitbeschäftigungen üben Sie aus? Symmetrische oder Asymmetrische Freizeitbeschäftigungen  
 Sport was und wie oft : \_\_\_\_\_  
 Musikinstrumente welche und wie oft: \_\_\_\_\_  
 Sonstige welche und wie oft: \_\_\_\_\_

**4. Patientenanamnese**

- Welche Medikamente haben Sie als Kleinkind eingenommen?  
 Vitamin D  Fluoridtabletten  
 Tetracyclin  Sonstige \_\_\_\_\_  
**Haben Sie als Kind gelutscht?\***  ja  nein  
**Wenn ja, was und wie lange?\***  
 Schnuller bis ca. \_\_\_\_\_ Monate/Jahre  
 Daumen bis ca. \_\_\_\_\_ Monate/Jahre  
 sonstiges bis ca. \_\_\_\_\_ Monate/Jahre

Liegen oder lagen bei Ihnen Angewohnheiten wie Lippenbeißen, Nägelkauen o.ä. vor?  
 ja  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine HNO-ärztliche Behandlung durchgeführt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Atmen Sie mehr durch den Mund als durch die Nase?  ja  nein  
**Schnarchen Sie?\***  ja  nein  
 Sind Sie häufig erkältet?  ja  nein  
 Sind bei Ihnen Milchzähne vorzeitig verloren gegangen?  ja  nein  
 Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

Wurden Operationen im Kiefer- oder Mundbereich durchgeführt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

Kam es zu Unfällen mit Schädigungen von Zähnen oder Kiefern?  ja  nein  
 Wenn ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

**Befinden oder befanden Sie sich in orthopädischer, physiotherapeutischer/osteopathischer Behandlung?**  
 ja  nein

Wenn ja, warum und wann: \_\_\_\_\_

**Knirschen Sie mit den Zähnen?**  ja  nein  
**Bestehen bei Ihnen Beschwerden im Kiefergelenksbereich?**  ja  nein  
**Wenn ja, welche:**  
 Knacken seit ca. \_\_\_\_\_ Monaten  
 Reiben seit ca. \_\_\_\_\_ Monaten  
 **Schmerzen\*** seit ca. \_\_\_\_\_ Monaten  
 eingeschränkte Mundbewegungen seit ca. \_\_\_\_\_ Monaten  
 Sonstige \_\_\_\_\_

**Können Sie Ihren Mund gleichmäßig öffnen?\***  ja  nein

Haben Sie Schmerzen bei der Mundöffnung / beim Kauen?  ja  nein

Hatten Sie in letzter Zeit Blockierungen bei der Mundöffnung?  ja  nein

Neigen Sie zu Verspannungen im Kopf-, Hals-, Schulterbereich?  ja  nein

Haben Sie häufig (mehrmals pro Woche) Kopfschmerzen?  ja  nein

Leiden Sie unter Gesichtsschmerz (Kiefergelenk, Schläfen, Kieferbereich)?  ja  nein

Haben Sie häufiger Schmerzen (Knie, Rücken, Handgelenke, etc)?  ja  nein  
 Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder hatten Sie schon einmal eine Zahnfleischbehandlung?  
 ja  nein

**Haben Sie in den letzten 6 Wochen verstärkt Veränderungen an Ihrem Gebiss beobachtet?\***  
 ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

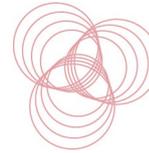
**Leiden oder litten Sie unter einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten? Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente ein, die eingenommen werden oder wurden.**

	Ja	Nein	Medikament
<b><u>Bluterkrankungen</u></b>			
Durchblutungsstörungen <sup>1,2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Zu hoher/zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gerinnungsstörungen <sup>6</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<b><u>Erkrankungen der Organe</u></b>			
Asthma <sup>2,5</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Niereninsuffizienz <sup>1,2,4</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magengeschwüre <sup>2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
(Neben-)Schilddrüsenfehlfunktion <sup>4</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes <sup>1,6</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mukoviszidose <sup>2,4</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schuppenflechte <sup>1,8</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) <sup>2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Behandelnder Facharzt: _____			
<b><u>Erkrankungen der Knochen</u></b>			
Arthritis <sup>2,5,8</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rheuma <sup>8</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rachitis <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteoporose <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteogenesis imperfecta <sup>1,7</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Behandelnder Facharzt: _____			
<b><u>Allergien</u></b>			
Nickel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
auf welche: _____			
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
auf was: _____			
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Behandelnder Facharzt: _____			
<b><u>Neurologische/ psychische Erkrankungen</u></b>			
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Neuralgien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Multiple Sklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bulimie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schizophrenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige neurologische/psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Behandelnder Facharzt: _____			
<b><u>Infektionskrankheiten</u></b>			
Hepatitis (Leberentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Behandelnder Arzt: _____			
<b><u>Tumor-/Krebserkrankungen</u></b> <sup>1,2,7</sup>			
welche: _____			
<b><u>Syndrome</u></b>			
welche: _____			
<b><u>Autoimmunerkrankungen</u></b> <sup>1</sup>			
welche: _____			

**Welche der nachfolgenden Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Wann?</b>
Blutverdünner (z.B. Aspirin <sup>®</sup> , Falithrom <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schmerzmittel (z.B. Aspirin <sup>®</sup> , Dolormin <sup>®</sup> , Voltaren <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Antidiabetika (z.B. Insulin) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kalzitonin (z.B. Karil <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Knochentropf <sup>1,3</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Pamidronat (Aredia <sup>®</sup> ) <sup>1,3</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Zoledronat (Zometa <sup>®</sup> ) <sup>1,3</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Vitamin D (z.B. Vigantol <sup>®</sup> , Bondiol <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Estradiol (z.B. Estrifam <sup>®</sup> ) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wachstumshormone <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Testosteron <sup>1</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kortikoide (z.B. Kortison, Prednison, Methason) <sup>2,4</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenhormone (z.B. Thyroxin) <sup>2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Parathormon <sup>2,5</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rauchen Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____



Universitätsmedizin Rostock □ PF 10 08 88 □ 18055 Rostock

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, seit wann/ Name:**

---

---

**Frühere Röntgenuntersuchungen im Kopf- und Halsbereich, wenn ja, Datum/ Körperteile (Röntgenpass):**

---

---

**Neigen Sie zu Knochenbrüchen**  ja  nein  
**Wenn ja wieviel hatten Sie bereits?** \_\_\_\_\_

**Was sollten wir Ihrer Meinung nach noch zusätzlich über Sie wissen?**

---

---

---

- Ich willige bis auf Widerruf ein, dass sich die Ärzte der Universitätsmedizin Rostock mit meinen o.a. Haus-, Zahn- und Fachärzten im Sinne meiner Behandlung austauschen.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, die Mitarbeiter der Universitätsmedizin Rostock umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen meines Gesundheitszustandes bzw. meiner Medikamente zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich willige bis auf Widerruf ein, dass ich telefonisch oder schriftlich über versäumte Termine informiert werde:  ja  nein  
Ich wünsche eine Erinnerungsemail vor vereinbarten Terminen:  
 ja  nein

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**