

Universitätsmedizin Rostock □ PF 10 08 88 □ 18055 Rostock

**Poliklinik für Kieferorthopädie**

Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morat“ Strepelstraße 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, sehr geehrte Eltern, 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 Kinder-Anamnesebogen**

Name, Vorname des Patienten

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

behandelnder Zahnarzt/Anschrift

Kinder- oder Hausarzt/Anschrift

Geburtsdatum

Krankenkasse

Telefon (privat)

Telefon (dienstl.)

**Auskunft zum Versicherungsstatus**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1) Das Kind ist <b>GKV</b> (gesetzlich) versichert. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2) Das Kind ist <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 |

**1. Angaben zur Überweisung**

Wer hat Sie mit Ihrem Kind zu uns überwiesen?

- Überweisung vom Hauszahnarzt
- Überweisung von anderem Arzt
- Überweisung durch Schuluntersuchung/Gesundheitsamt
- interne Überweisung durch andere Abteilung
- Eigeninitiative
- Empfehlung durch andere Patienten/Bekannte
- Andere: \_\_\_\_\_

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

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

Welche: \_\_\_\_\_

Was stört Sie am meisten an den Zähnen Ihres Kindes? Was stört Ihr Kind am meisten an seinen 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 Zahntfernung

Führt der Zahnarzt regelmäßig Kariesprophylaxemaßnahmen durch?  ja  nein

**Wurden bei Ihrem Kind 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 \_\_\_\_\_

Cousins/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: \_\_\_\_\_

Wie viele Geschwister hat der/die Patient/in? \_\_\_\_\_

Welche Schule besucht Ihr Kind?  Grundschule  Gymnasium  Realschule  
 Förderschule  Hauptschule  Andere

**Wurden bei Ihrem Kind Auffälligkeiten in der Schule, wie ADHS, festgestellt?\***

ja  nein

Wie schätzen Sie die Schulleistung Ihres Kindes ein?  
 sehr gut  gut  zufrieden stellend  ausreichend  mangelhaft

Wie erfolgt die Hausaufgabenerledigung?  
 selbstständig  mit Unterstützung von \_\_\_\_\_  mangelhaft

Wie schätzen Sie den Ordnungssinn ein?  
 gut und selbstständig  mit Anleitung von \_\_\_\_\_  schlecht

Durch wen erfolgt die Erziehung?

- Mutter                       Vater                       Eltern getrennt lebend  
 Großeltern                       Pflegeeltern                       Heim

Das Sorgerecht liegt bei: \_\_\_\_\_

Welche Freizeitbeschäftigungen werden ausgeübt? *Symmetrische oder Asymmetrische Freizeitbeschäftigungen*

- Sport                      welche und wie oft: \_\_\_\_\_  
 Musikinstrumente                      welche und wie oft: \_\_\_\_\_  
 Sonstige                      welche und wie oft: \_\_\_\_\_

**4. Patientenanamnese**

Traten während der Schwangerschaft mit Ihrem Kind Probleme auf?                       ja                       nein

- Krankheiten: \_\_\_\_\_  
 Medikamenteneinnahmen : \_\_\_\_\_  
 Sonstige : \_\_\_\_\_

Fand die Geburt termingerecht statt?                       Frühgeburt: \_\_\_\_\_ .Woche                       termingerecht

Wie hoch war das Geburtsgewicht?                      \_\_\_\_\_ Gramm

Wie groß war Kind bei der Geburt?                      \_\_\_\_\_ cm

**Wie verlief die Geburt?**     Spontangeburt                       **Kaiserschnitt\***                       **Saugglocke\***  
     **Zangengeburt\***                       sonstige \_\_\_\_\_

**Lag ihr Kind als Säugling auffällig oft mit Kopfüberstreckung oder in C-Lage?\***     ja     nein

War Ihr Kind ein Schreikind?                       ja                       nein

Wie erfolgte die frühkindliche Ernährung?                       Kind gestillt bis \_\_\_\_\_ Monate  
 Flaschennahrung                      \_\_\_\_\_ Monate  
 feste Nahrung ab                      \_\_\_\_\_ Monate

Welche Medikamente wurden als Kleinkind eingenommen?

- Vitamin D                       Fluoridtabletten  
 Tetracyclin                       Sonstige \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind geimpft?                       ja                       nein  
 Kam es dabei oder danach zu Komplikationen?                       ja                       nein

Wann kam bei Ihrem Kind der erste Zahn?                      mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten.

Wann lernte Ihr Kind laufen?                      mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten.

Hat Ihr 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

Bei Mädchen: wann war die erste Monatsblutung?                       \_\_\_\_ . Lebensjahr                       noch nicht

Bei Jungen: wann hatte Ihr Sohn seinen Stimmbruch?                       \_\_\_\_ . Lebensjahr                       noch nicht

Liegen oder lagen bei Ihrem Kind Angewohnheiten wie Lippenbeißen, Nägelkauen, Stiftkauen o.ä. vor?

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

Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten oder fluoridiertes Speisesalz zu sich?                       ja                       nein

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

**Atmet Ihr Kind mehr durch den Mund als durch die Nase?\***                       ja                       nein

Sind Milchzähne vor dem normalen Zahnwechsel verloren gegangen?                       ja                       nein

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: \_\_\_\_\_

Befindet oder befand sich Ihr Kind in orthopädischer oder physiotherapeutischer/osteopathischer Behandlung?

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

Befindet oder befand sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, warum und wann: \_\_\_\_\_

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?  ja  nein

**Bestehen bei Ihrem Kind 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 seit ca. \_\_\_\_\_ Monaten

**Kann Ihr Kind den Mund gleichmäßig öffnen?\***  ja  nein

Hat Ihr Kind Schmerzen bei der Mundöffnung/ beim Kauen?  ja  nein

Hat Ihr Kind Blockierungen bei der Mundöffnung?  ja  nein

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

Hat Ihr Kind häufig (mehrmals pro Woche) Kopfschmerzen/ Migräne?  ja  nein

Hat Ihr Kind häufiger Schmerzen (Knie, Rücken, Handgelenke, etc)?  ja  nein  
Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

### **5. Schlafanamnese**

Gibt es in Ihrer Familie Schlafstörungen, wie z.B. Schnarchen, Atemaussetzer, häufige Kopfschmerzen beim Aufstehen, Schlafwandeln oder Alpträume?  ja  nein

Wenn ja, bei wem \_\_\_\_\_

Wie würden Sie die Schlafqualität Ihres Kindes bezeichnen? \_\_\_\_\_

Wie ist die überwiegende Schlafposition Ihres Kindes ? (Rücken, Bauch oder Seite) \_\_\_\_\_

Schläft Ihr Kind mit überstreckter Kopfhaltung ?  ja  nein

### **Haben Sie folgende Auffälligkeiten bei Ihrem Kind beobachtet?**

Starkes Schwitzen im Schlaf  ja  nein

Nächtliches Schnarchen  ja  nein

Nächtliche Atempausen  ja  nein

Schwere morgendliche Erweckbarkeit  ja  nein

Morgendliche Mundtrockenheit  ja  nein

Mattheit / Müdigkeit am Tag  ja  nein

Plötzliches Einschlafen am Tag  ja  nein

Vermehrte Unruhe am Tag  ja  nein

Konzentrationsstörungen am Tag  ja  nein

Häufige Kopfschmerzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schlafwandeln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Alpträume	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nächtliches Aufwachen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wie oft: _____		
Nächtliches zur Toilette gehen / Einnässen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wie oft: _____		
Hat ihr Kind häufig Infekte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibt es eine regelmäßig eingehaltene normale Zu-Bett-Geh-Zeit ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wie ist die durchschnittliche nächtliche Schlafdauer ?	_____ in Stunden	

**Leidet oder litt ihr Kind 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"/>	_____
Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magengeschwüre <sup>2</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
(Neben-)Schilddrüsenfehlfunktion <sup>2</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"/>	_____
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"/>	_____
Bullimie	<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: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

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: \_\_\_\_\_

**Tumor-/Krebserkrankungen** 1,2,7

welche: \_\_\_\_\_

**Syndrome**

welche: \_\_\_\_\_

**Autoimmunerkrankungen** 1

welche: \_\_\_\_\_

**Welche der nachfolgenden Medikamente nimmt oder nahm Ihr Kind ein?**

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was sollten wir Ihrer Meinung nach noch zusätzlich über Ihr Kind 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 der Erziehungsberechtigten

1 = Bewegungshemmend bezüglich Zahnbewegung  
2 = Bewegungsfördernd bezüglich Zahnbewegung  
3 = Nekrosegefahr bei Extraktionen  
4 = erschwerte Retention nach KFO-Behandlung  
5 = verzögerter Zahndurchbruch möglich  
\* = Hinweis auf notwendige weitere Diagnostik und  
Therapiemaßnahmen. Bitte in den Fallbesprechung explizit  
damit hinweisen.