



## Medizinische und zahnmedizinische Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie zum nächsten Termin alle Ihnen vorliegende wichtige medizinische Unterlagen (z.B. Röntgenpass, zahnärztliche Röntgenbilder, Allergiepass, Endokarditis-Ausweis) mit. Sie helfen uns so, weitere für die Behandlung möglicherweise wichtige medizinische Informationen zu erhalten, bzw. unnötige Untersuchungen zu vermeiden.

				Ja	Nein	?
1	Befindet sich der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?					
2	Erfolgte schon einmal eine Behandlung wegen ...					
		Ja	Nein	?		
	Asthma bronchiale?				Tumoren, Leukämie?	
	Rachitis?				Krampfanfällen/Epilepsie?	
	Bluterkrankungen, Gerinnungsstörungen?				Herzleiden, -fehler, Endokarditis?	
	Autoimmunerkrankungen?				Hyperaktivität (ADS)?	
	HIV (AIDS)?				Sprach- /Hörprobleme?	
	Tuberkulose?				Diabetes (Zuckerkrankheit)?	
	Hepatitis (Gelbsucht)?				Nierenerkrankungen?	
	Körperlicher oder geistiger Behinderung?				Rheumatischen Erkrankungen?	
	Kiefergelenkbeschwerden?					
3	Hatte der Patient andere schwerwiegende Krankheiten? Wenn ja, welche?					
4	Wurden die Rachen- oder Gaumen-„Mandeln“ entfernt? Wenn ja, wann?					
5	Bestehen Allergien gegen Medikamente (z.B. Lokalanästhetika, Penicillin), Inhaltsstoffe (zahn)medizinischer Produkte (z.B. Nickel, Latex) oder Umweltstoffe (z.B. Pollen, Hausstaubmilben)? Oder leidet der Patient unter Heuschnupfen? Wenn ja, bitte genaue Angabe:					
6	Nimmt der Patient Medikamente oder homöopathische Mittel ein? Wenn ja, welche?					
7	Erfolgen andere schul- oder alternativmedizinische Therapien? Wenn ja, welche?					

**Bitte wenden!**



		Ja	Nein	?
8	Bestehen bzw. bestanden Auffälligkeiten beim Wachstum? Wenn ja, welche?			
9	Größe des Vaters: _____ Größe der Mutter: _____			
10	<i>Mädchen:</i> Hat die Menstruation begonnen? <i>Jungen:</i> Ist der Stimmbruch eingetreten? Wenn ja, wann?			
11	Ist der Patient einmal auf die Zähne oder den Kiefer gefallen? Wenn ja, wann?			
12	Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?			
13	Ist der Patient Raucher?			
14	Besteht bzw. bestand Daumen- und/oder Schnuller-Lutschen oder Fingernägelkauen? Wenn ja, was und bis wann?			
15	Schläft der Patient mit offenem Mund? Schnarcht er häufig?			
16	Wie oft werden „Softdrinks“ (z.B. Eistee, Fruchtsäfte und -schorlen, Limonaden, Cola, Light-Getränke) getrunken?			

Bemerkungen des Patienten/gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, im Verlauf der Behandlung eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.**

**Ferner gestatte ich dem Zentrum für ZMK, alle für die Planung und Durchführung meiner Behandlung/der Behandlung meines Kindes erforderlichen Unterlagen und Informationen von anderen Ärzten/Zahnärzten einzuholen. Gleichzeitig entbinde ich hiermit, zu oben genanntem Zweck, alle Behandler von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Behandlung erhobenen Befunde und diagnostischen Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle, Bildmaterial – auch bei Erkennbarkeit meiner Person/meines Kindes) zu wissenschaftlichen Zwecken und für die Lehre verwendet sowie in Fachzeitschriften, Lehrbüchern, wissenschaftlichen Publikationen, digitalen Medien und Vorträgen etc. veröffentlicht werden können.**

**Handschriftliche Änderungen an diesen Vereinbarungen sind unzulässig.**

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

\_\_\_\_\_  
Patient/gesetzlicher Vertreter  
(in vollem Einverständnis des abwesenden Elternteils)