

**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 (Infarkt, Angina pectoris/koronare Herzkrankheit (KHK), Herzklappen-  
erkrankung (Endokarditis), Herzschrittmacher, 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- und 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. Sind Sie Raucherin / Raucher?
- 20. Konsumieren Sie Drogen oder größere Mengen Alkohol?
- 22. Patientinnen: Sind Sie schwanger?
- 23. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- 24. Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- 25. Hatten Sie schon mal einen Krampf- und/oder Ohnmachtsanfall? Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- 26. Sind Sie zur Zeit akut in ärztlicher Behandlung?  
Adresse Hausärztin/Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Patient:in:**

geb. am:  
Geburtsort:  
Versicherung:  
Datum:

Synoptischer Aufnahmebogen A - Seite 2

## Spezielle Anamnese

Tel./Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hauptversicherte/r: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Hauszahnarztpraxis: \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund Ihres Besuches ?

- 1. Überweisung \_\_\_\_\_
- 2. Eigeninitiative (was stört?) \_\_\_\_\_
- 2.1 Denken Sie, dass Ihre Zähne Ihr allgemeines Wohlbefinden beeinträchtigen?  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
- 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 Ihrem/Ihrer Hauszahnarzt/-ärztin o. Kieferorthopäden/-in?  
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. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk?
- 11. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen, am Zahnfleisch oder im Gesichtsbereich?  
Wo/Seit wann? \_\_\_\_\_
- 12. Haben Sie Angewohnheiten wie Lutschen, Beißen auf die Unterlippe/Zunge,  
Zungenpressen, Lippensaugen, Schluckgewohnheiten oder andere? \_\_\_\_\_
- 13. Hatten Sie schon einmal eine logopädische Behandlung? \_\_\_\_\_
- 14. Spielen Sie ein Musikinstrument? Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

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

Hamburg, den \_\_\_\_\_