

II. Familienanamnese

- | | <u>JA</u> | <u>NEIN</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 07. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mutter: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Vater: _____ | | |
| 08. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bruder: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Schwester: _____ | | |
| 09. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn ja, welcher Zähne: _____ | | |

III. Patientenanamnese

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |
| 11. Nehmen Sie Medikamente ein ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma | | |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen <input type="checkbox"/> Schnarchen | | |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung | | |
| 13. Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, wogegen: _____ | | |
| 14. Wurden hals-, nasen-, ohrenärztliche Operationen durchgeführt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandeln wann: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Rachenmandel („Polypen“) | | wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) | | wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nasenscheidewand wann: _____ | | |
| 15. Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn ja, wann: _____ | | |
| - wenn ja, mit Zahnverletzungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Knirschen Sie mit den Zähnen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Bestehen Kiefergelenkknacken oder Kiefergelenkbeschwerden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Celle, den _____
(Datum & Unterschrift des Patienten)