



Patient : .....  
Geb.: ..... Datum : .....

Erhebungsbogen **Kieferorthopädie**  
Ergänzung zu Anamnesebogen

**1. Derzeitige Beschwerden:**

.....  
.....

**2. Schwangerschaft:**

- a) normal
- b) Erkrankung während der Schwangerschaft

**3. Geburt:**

- a) normal – erschwert
- b) Frühgeburt – Übertragung
- c) Kaiserschnitt
- d) Zange – Saugglocke
- e) breit gewickelt

**4. Gewohnheiten:**

- a) Schnuller
- b) Daumenlutschen
- c) Fingerlutschen
- d) Zungengewohnheiten
- e) Lippenbeißen
- f) Knirschen
- g) Pressen
- h) Nägelkauen

**5. Krankheiten:**

**Vegetative Störungen :**

- a) Schlafstörungen
- b) Appetitlosigkeit
- c) Schwindel
- d) Schwankender Blutdruck
- e) Kopfschmerzen

**Allergien:**

- a) Milch
- b) Nahrungsmittel
- c) Pollen / Gräser
- d) Hausstaub
- e) Kosmetika
- f) Medikamente
- g) andere

**Infektionen:**

- a) Röteln
- b) Scharlach
- c) Masern
- d) Diphtherie
- e) Mumps
- f) Keuchhusten
- g) Windpocken
- h) Andere

**Organerkrankungen:**

- a) Augen
- b) Bronchien
- c) Lunge
- d) Herz – Kreislauf - Blutdruck
- e) Magen – Darm
- f) Leber – Galle
- g) Pankreas
- h) hormonale Erkrankung
- i) Hautkrankheiten
- j) Nieren – Blase
- k) Genitalien
- l) Andere

- m) Wirbelsäule
- n) Beinlänge
- o) Fußstellung
- p) Schuheinlagen

**6. Herdstatus:**

- a) Zähne – devital – Amalgam
- b) Nebenhöhlen
- c) Ohren
- d) Tonsillen
- e) Appendix
- f) Adnexe , Prostata
- g) Darm
- h) Narben

**7. Operationen**

.....  
.....

**8. Ernährungsweise derzeit :**

- Vollwert
- Mischkost
- andere .....

**9. Verdauung:**

- Gut
- Obstipation
- Durchfall

**10. Atmung :**

- a) Nase
- b) Mund
- c) Bauch
- d) Brust
- e) tief
- f) flach

**11. Schlaf :**

- a) Bauch
- b) Rücken
- c) Seite
- d) ruhig
- f) unruhig
- g) Träume

**12. Bewegung:**

.....  
.....  
.....

**13. Psyche :**

.....  
.....  
.....

**14. Beruf-Schule :**

.....  
.....  
.....

**15. Familie-Partner :**

.....  
.....  
.....

**16. Impfungen :**

.....  
.....  
.....

**17. Geopathische Bel.:**

.....  
.....  
.....

**18. Antibiotika – Cortison  
andere Medikamente  
Nikotin – Alkohol - Drogen**

.....  
.....  
.....

**19. Zähne :**

- a) Putzen 1 x tägl.  
2 x tägl.  
3 x tägl.
- b) Zahnarztbesuch :  
regelmäßig : ja nein
- c) Zahnreinigung :  
gut  
mittel  
schlecht

**20. Mundschleimhaut :**

- a) Gingivitis ak.
- b) Gingivitis infl.
- c) Gingivitis superfl.
- d) Aphthen
- e) Leukoplakien
- f) Lich.rub.plan.
- g) Parodontose