





*Eigenanamnese*

*Kinderkrankheiten*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie    | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Röteln               |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Scharlach            |
| <input type="checkbox"/> Masern        | <input type="checkbox"/> Windpocken           |
| <input type="checkbox"/> Mumps         | <input type="checkbox"/> Sonstiges:           |
| <input type="checkbox"/> Rachitis      | _____   |

- *Z. Zt. in ärztlicher Behandlung?*      o ja      o nein

welcher Arzt / Facharzt ? \_\_\_\_\_  
 warum \_\_\_\_\_

- *Allgemeinkrankheiten*

- |  |                        |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf               | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten               | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leberschaden                  | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenschaden                 | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis         | <b>gegen</b> _____     |
| <input type="checkbox"/> Allergien / Überempfindlichk. | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <b>seit wann</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> AIDS                          | <b>gegen</b> _____     |
| <input type="checkbox"/> Unverträglich. Antib. / Anäs. | <b>seit wann</b> _____ |

Operationen (wo wann welche)

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

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verletzungen / Unfälle               | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Tetanus Impfung <b>wann letzte</b>   | _____                   |
| <input type="checkbox"/> z.Zt. Antibiotika ?      o nein o ja | <b>Medikament</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum <b>Menge:</b>          | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum <b>Menge:</b>          | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Drogen-Abusus <b>Menge:</b>          | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Medikamente (welche / wogegen)       | _____                   |

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



### Familienanamnese

- Treten Erkrankungen in der Familie gehäuft auf ?
 

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Leber- oder Nierenschaden <input type="checkbox"/> Rheumatoide, Arthritis <input type="checkbox"/> Psychische Probleme <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Organ. Nervenschäden <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen (Knochen) <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Sonstiges (LKG, <input type="checkbox"/> Zahnanomalien
--	---

---



---



---

## 2. Befund

### Allgemeiner Befund:

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Größe \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Kräftezustand       reduziert     normal       kräftig

Ernährungszustand     kachektisch    mager       normal       adipös      BMI \_\_\_\_

Körpertemperatur     zu niedrig     normal       erhöht      \_\_\_\_\_ ° C

Puls                     zu niedrig     normal       erhöht      \_\_\_\_\_ / Minute

Blutdruck               zu niedrig     normal       erhöht      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg

### Spezieller Befund (in Skizze eintragen)

#### Extraoraler Befund

visuelle Inspektion im  
 Seitenvergleich  
 Gesichtsform Hautkolorit  
 Oberflächenbeschaffenheit  
 Normabweichungen Ausmaß  
 Überschreitung der Medianen  
 Schwellungen  
 Narben

#### Palpationsbefund

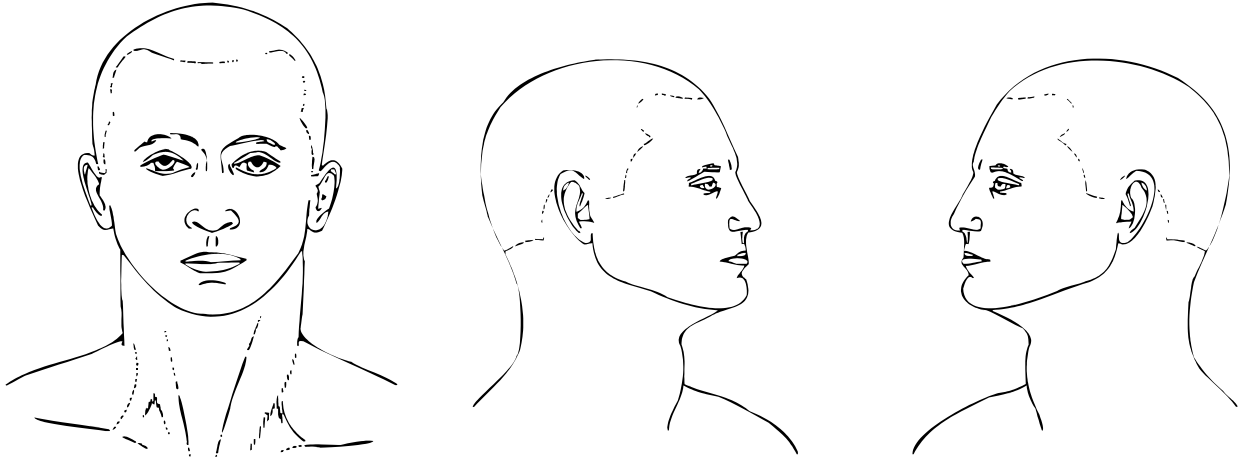
Druckdolent  
 Umschrieben  
 scharf begrenzt  
 induriert  
 prallelastisch  
 fluktuierend  
 derb / weich  
 gegen Haut verschiebbar  
 gegen Unterlage verschiebbar

#### Lymphknotenpalpation

Druckdolent  
 Submental  
 Submandibulär  
 SCM  
 Supraclaviculär  
 Retroauriculär  
 Nuchales  
 jugulodigastrisch



## Befundskizze



- Neurologischer Befund

N V: Nervenaustrittspunkte Trigeminus (cave nur bei Neuralgien relevant)

- Supraorbital             rechts             links
- Infraorbital             rechts             links
- Mental                     rechts             links
- Hautsensibilität ( Hypästhesie, Parästhesie, Anästhesie mit Wattebausch testen)

- 
- Zwei-Punkt-Diskrimination (Pinzette)             rechts \_\_\_\_mm     links \_\_\_\_mm
  - Spitz-Stumpf-Diskrimination (Sonde)             unauffällig             auffällig
  - Lingualisläsion: Geschmackswahrnehmung  normal /  verändert (ausführlich: Gustometrie)
  - Mundöffnung             normal             eingeschränkt             Seitenabweichung
  - \_\_\_\_\_mm Schneidekantendistanz (35 - 50 mm)

N VII Fazialisparese             zentral             peripher (DD: Mimik, Geschmack, Hyperakusis, Tränensekretionshemmung)

Stirnrunzeln, Augen schließen, Nase rümpfen, Mund spitzen, Mund breit ziehen, *Bell Phänomen?*



- Augen (N II, III, IV, V, VI)
  - Exophthalmus
  - Motilität
  - Enophthalmus
  - Visus
  - Bulbushochstand
  - Farbsehen
  - Bulbustiefstand
  - Direkter und konsensueller Pupillenreflex
  - Ptosis (herunterhängendes Oberlid)
  - Corneareflex (cave afferenz vom N V<sub>1</sub>)
  - Ectropium (auswärts gedrehtes Unterlid)
  - Myopie (Kurzichtigkeit)
  - Farbe der Konjunktiven und Skleren
  - Hyperopie (Weitsichtigkeit)
  - Hyposphagma (Skleraeinblutung)
  - Myosis (Engstellung der Pupille)
  - Brillen- / Monokelhämatom
  - Mydriasis (Weitstellung der Pupille)
  - Gesichtsfeld (orientierende Perimetrie)
  - Nah / Fernstellung m Pupillenänderung

---

---

---

---

---

*Intraoraler Befund*

- Auffällig sind
  - Schleimhäute
  - Vestibulum
  - Wange
  - Zunge
  - Mundboden
  - harter Gaumen
  - weicher Gaumen
  - Rachen
  - Gingiva
- Beschreibung (Leukoplakien, Erythroplakien, Saugerimpressionen, Wunden / Nähte OP. Zänge, Schwellung z.B. Kulissenphänomen, Beläge (abwischbar / nicht abwischbar) Tonsillen, Mundhygiene, Drahtbogenkunststoffschiene mit / ohne MMF Gummis straff / Führungsgummis)

---

---

---

---












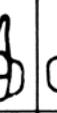




---

---

---

---

Zahnstatus:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
8	7	6	5 (V)	4 (IV)	3 (III)	2 (II)	1 (I)	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6	7	8
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



Befunde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Röntgen Befund*

Aufnahme Datum Ort  
MF PSA CT MRT (koronal axial) Schädel PA, PA 15°(Clementschiß) PA 35°  
(Halbaxial) Schädel axial (Henkeltopf)

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

**3. Diagnose**

(Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen in chronologischer Reihenfolge, OP immer mit  
genauem Datum)

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