



# Dr. Carola Seekamp Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

## Anmeldebogen Erwachsene

Sehr geehrte Patienten,

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den Anmeldebogen auszufüllen.

Bitte holen Sie bei Ihren behandelnden Zahnärzten/innen eventuell vorhandene, relativ neue zahnärztliche Röntgenaufnahmen ab und bringen Sie diese mit, damit wir bei Bedarf nicht neue Röntgenaufnahmen anfertigen müssen. Sollte eine besondere Dringlichkeit vorliegen, erbitten wir eine kurze Information Ihrer/Ihres Zahnärztin/Zahnarztes.

Das Praxisteam freut sich auf Ihr Kommen.

\_\_\_\_\_  
Patient/in - Familienname                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer                      PLZ                      Wohnort

Telefonnummern (bitte immer mit Vorwahl):

\_\_\_\_\_  
Mobil                      Privat                      Dienstlich

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Name der hauptversicherten Person                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf des Mitglieds                      Arbeitgeber/-in des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Versicherung                      versichert bei:  Ehepartner/in    Mutter    Vater

gesetzlich versichert    privat versichert    beihilfeberechtigt    gesetzlich versichert mit KFO-Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Empfohlen von                      Name der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes

# Anamnesebogen

Was ist ihr Anliegen bzw. was stört Sie an ihrer Zahn- bzw. Kieferstellung?

Haben Sie:

- Herz- oder Kreislaufstörungen?  ja  nein
  - Blutkrankheiten bzw. Schwierigkeiten mit langem Bluten  ja  nein
  - Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselkrankheiten?  ja  nein
  - Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder andere Allergien?  ja  nein
- Wenn ja, welche Allergien? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder Heftpflaster?  ja  nein

Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus/in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, Grund der ärztlichen Behandlung/Krankenhausaufenthaltes: \_\_\_\_\_

Wurden Sie operiert?  ja  nein

Wenn ja, welche Operation? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie oder ein Angehöriger Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (HIV, TBC)  ja  nein

Name der/des behandelnden Haus- oder Fachärztin/-arztes: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Haben Sie eine spezielle Ernährungsform? (Vegetarisch, Vegan, o.ä.)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Waren Sie in logopädischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, warum \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen?  ja  nein

Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, warum \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Sollte sich Ihre Gesundheitsanamnese ändern, bitten wir um unverzügliche Bekanntgabe!

Für weitere Informationen empfehlen wir unsere Homepage [www.kfo-charlottenburg.de](http://www.kfo-charlottenburg.de)

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Gegenzeichnung d. Praxis

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!