

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

## Anmeldebogen Kiefergelenk/Kaufunktionsstörungen

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 Geburtsdatum Name der hauptversicherten Person Vorname Beruf des Mitglieds Arbeitgeber/-in des Mitglieds versichert bei: ☐ Ehepartner/in ☐ Mutter ☐ Vater Versicherung ☐ gesetzlich versichert mit ☐ gesetzlich versichert □ privat versichert □ beihilfeberechtigt KFO-Zusatzversicherung Name der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes Empfohlen von

## Anamnesebogen Allgemein/Kiefergelenk/Kaufunktionsstörungen

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

Haben Sie:			
– Herz- oder Kreislaufstörungen?		□ja	□ nein
- Blutkrankheiten bzw. Schwierigkeiten mi	_	□ja	□ nein
<ul> <li>Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechs</li> <li>Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel-</li> </ul>		□ ja □ ja	□ nein □ 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 Krankenha	us/in ärztlicher Behandlung?	□ja	□ nein
Wenn ja, Grund der ärztlichen Behandlung/Kranken	hausaufenthaltes:		
Wurden Sie operiert?		□ja	□ nein
Wenn ja, welche Operation?			
Wann?			
Hatten Sie einen Unfall?		□ ja	□ nein
Wenn ja, was für einen?	Wann?		
Hatten Sie oder ein Angehöriger Gelbsucht (Hepatit	-	□ja	□ nein
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
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?		
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und wo tritt	der Schmerz hauntsächlich auf	f2	

Mit welcher Intensität würden Sie Ihre Schmerzen generell einstufen:				
1       2       3       4       5       6       7       8       9       10       (1:	schwach; 10:	sehr stark)		
Haben Sie		ntensität		
-	a □ nein a □ nein			
	a □ nein			
	a □ nein			
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	□ ja	□ nein		
Hatten Sie jemals Schwierigkeiten den Mund weit zu öffnen?	□ ja	□ nein		
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	□ ja	□ nein		
Wenn ja, welche?				
Knacken: □ rechts □ links Reibegeräuse	che: □ rechts	□ links		
Wurden in der letzten Zeit Behandlungen in Ihrem Mund durchgeführt? $\ \square$ ja $\ \square$ nein (Zahnärztliche Neuversorgungen, Schienentherapie, Verordnungen für Physiotherapie, Osteopathie)				
Wenn ja, welche?				
Auf welcher Seite kauen Sie vornehmlich?	□ rechts	□ links		
Kauen Sie Kaugummi?	□ ja	□ nein		
Wenn ja, wie häufig?				
In welcher Position schlafen Sie nachts? $\qed$ auf dem Bauch $\qed$ auf der Seite: rechts	$\square$ auf dem $\square$ auf der	Rücken Seite: links		
Treiben Sie Sport?	□ ja	□ nein		
Wenn ja, welche Sportart?				
Haben Sie eine spezielle Ernährungsform? (Vegetarisch, Vegan, o.ä.)	□ ja	□ nein		
Wenn ja, welche?				
Wie viel und was trinken Sie am Tag?				
Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein?	□ ja	□ nein		
Wenn ja, welche?				
Sind Sie in Ihrem Beruf:				
<ul><li>körperlich tätig?</li><li>sitzend am Computer/Schreibtisch?</li></ul>	□ ja □ ja	□ nein □ nein		
- Sprechen Sie viel?	□ ja □ ja	□ nein		
Sollte sich Ihre Gesundheitsanamnese ändern, bitten wir um unverzügliche Bekanntgabe! Für weitere Informationen empfehlen wir unsere Homepage www.kfo-charlottenburg.de  Vielen Dank! Ihr Praxisteam				
Berlin, den				
Unterschrift: Gegenze	eichnung d. Pra	xis		

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!