



Dr. Carola Seekamp
Dr. Sara Nasiri

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

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 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 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 einen Unfall? ja nein

Wenn ja, was für einen? _____ Wann? _____

Hatten Sie oder ein Angehöriger Gelbsucht (Hepatitis) 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 hauptsächlich auf?

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!

