



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 Ihrem behandelnden Arzt eventuell vorhandene, relativ neue 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 Ihres Zahnarztes.

Das Praxisteam freut sich auf Ihr Kommen.

Patienten-Familiename

Vorname

Patienten-Geburtsdatum

Straße | Hausnummer | PLZ | Wohnort

Telefonnummern (bitte immer mit Vorwahl):

privat

dienstlich

mobil (für kurzfrist. Erreichbarkeit)

eMail-Adresse

Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter (Name)

Geburtsdatum

Beruf des Mitglieds

Arbeitgeber des Mitglieds

versichert bei: Vater Mutter

Versicherung

freiwillig versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

KFO-Zusatzversicherung

Empfohlen von

Name des behandelnden Zahnarztes

Bitte wenden



Dr. Carola Seekamp
Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

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
- 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
- Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselkrankheiten? 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) ja nein
oder eine andere schwere Infektionskrankheit (Aids, TBC) ja nein

Name des behandelnden Haus- oder Facharztes: _____

Schnarchen Sie? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Waren Sie in logopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum _____ wann? _____

Für weitere Informationen empfehlen wir unserer Homepage www.kfo-charlottenburg.de

Berlin, den

Unterschrift: