



**Dr. Carola Seekamp**  
**Dr. Sara Nasiri**

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

## Anmeldebogen Erwachsene

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern,

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](http://www.kfo-charlottenburg.de)

Berlin, den

Unterschrift: