



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 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):

Mobil

Privat

Dienstlich

Email-Adresse

Mitglied bzw. Hauptversicherter (Name)

Geburtsdatum

Beruf des Mitglieds

Arbeitgeber des Mitglieds

versichert bei: Vater Mutter

Versicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

gesetzlich versichert mit
KFO-Zusatzversicherung

Empfohlen von

Name des behandelnden 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
- 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 (HIV, TBC) ja nein

Name des behandelnden Haus- oder Facharztes: _____

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!

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 Intensität

- Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein ___
- manchmal Schmerzen in der Ohrregion? ja nein ___
- häufiger Kopfschmerzen? ja nein ___
- häufiger Nackenschmerzen? ja 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 Reibegeräusche: rechts links

Wurden in der letzten Zeit Maßnahmen durch Ihren Zahnarzt durchgeführt? ja nein
(Zahnärztliche Neuversorgungen, Schienentherapie, Verordnungen für Physiotherapie, Osteopathie oder Schmerzmittel)

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? auf dem Bauch auf dem Rücken
 auf der Seite: rechts auf der Seite: links

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welche Sportart? _____

Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen? ja nein

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

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie in Ihrem Beruf:
- körperlich tätig? ja nein
- sitzend am Computer/Schreibtisch? ja nein
- Sprechen Sie viel? 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: _____

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!