



Dr. Carola Seekamp
Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

Anmeldebogen Kinder/Jugendliche

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 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-Familiennamen Vorname Patient/in-Geburtsdatum

Straße | Hausnummer | PLZ | Wohnort

Telefonnummern (bitte immer mit Vorwahl):

Mobil Privat Dienstlich

Email-Adresse Schule des Kindes

Name der hauptversicherten Person Geburtsdatum

Beruf des Mitglieds Arbeitgeber/-in des Mitglieds

versicherung versichert bei: Vater Mutter

Versicherung

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt gesetzlich versichert mit KFO-Zusatzversicherung

Empfohlen von Name der/des behandelnden Zahnärztin /Zahnarztes

Gesundheitsbogen

Was ist Ihr Anliegen? _____

Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten? ja nein

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann? _____ Wo? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt? ja nein Wenn ja, im Kopfbereich? ja nein

Geburtsverlauf des Kindes: normal Komplikation: _____

wehenfördernde Mittel PDA Kaiserschnitt

Säuglingsernährung des Kindes: Brust bis _____ Monat; Flasche bis _____ Jahr

Hat Ihr Kind gelutscht bzw. einen Beruhigungssauger benutzt? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Schnarcht Ihr Kind? ja nein Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Leidet Ihr Kind an:

- Herz- oder Kreislaufstörungen? ja nein

- Blutkrankheiten bzw. hat es Schwierigkeiten mit langem Bluten ja nein

- Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder andere Allergien? ja nein

Wenn ja, welche Allergien? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Liegen Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselstörungen vor? ja nein

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? _____

Wurden die Rachenpolypen- oder Gaumenmandeln entfernt? ja nein

War Ihr Kind während der letzten Jahre im Krankenhaus / in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, der Grund der Behandlung: _____

Hat Ihr Kind / ein Angehöriger Hepatitis / andere schwere Infektionskrankheiten? ja nein

Trägt ihr Kind orthopädische Schuheinlagen? ja nein

Name der/des behandelnden Haus- oder Kinderärztin /-arztes: _____

Spielt Ihr Kind ein Instrument? ja nein Wenn ja, welches? _____

Übt Ihr Kind eine Sportart aus? ja nein

Wenn ja, welche und wie viele Stunden in der Woche? _____

Wird dafür ein Sportmundschutz benötigt? ja nein

War Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann? _____ Wo? _____

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!