



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-Familienname                      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

\_\_\_\_\_  
versicherung                      versichert bei:  Vater     Mutter

gesetzlich versichert     privat versichert     beihilfeberechtigt     gesetzlich versichert mit KFO-Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Empfohlen von                      Name des behandelnden Zahnarztes

**Bitte wenden**

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!



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? \_\_\_\_\_

Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, warum \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Sollte sich Ihre Gesundheitsanamnese ändern, bitten wir um unverzügliche Bekanntgabe!

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Für weitere Informationen empfehlen wir unsere Homepage [www.kfo-charlottenburg.de](http://www.kfo-charlottenburg.de)

Berlin, den

Unterschrift:

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!