



Dr. Carola Seekamp  
Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

## Anmeldebogen Kiefergelenk/Kaufunktionsstörungen

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-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**



Dr. Carola Seekamp  
Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

## Anamnesebogen Kiefergelenk/Kaufunktionsstörungen

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und wo tritt der Schmerz hauptsächlich auf?

\_\_\_\_\_

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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	___
- manchmal Schmerzen in der Ohrregion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	___
- häufiger Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	___
- häufiger Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Sie kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein

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 oft 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? \_\_\_\_\_

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!

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!