



**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-Familiennamen

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 Kiefergelenk/Kaufunktionsstörungen

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

Haben Sie

- Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein
- manchmal Schmerzen in der Ohrregion? ja nein
- häufiger Kopfschmerzen? ja nein
- häufiger Nackenschmerzen? ja nein

Mit welcher Intensität würden Sie Ihre Schmerzen einstufen:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1: schwach; 10: sehr stark)

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

Für weitere Informationen empfehlen wir unserer Homepage www.kfo-charlottenburg.de

Berlin, den

Unterschrift: