



## KIEFERORTHOPÄDISCHER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon	Telefon mobil	E-Mail
Versicherung		
Mitglied (falls nicht selbst versichert)	Geburtsdatum	
Beruf, Arbeitgeber		

### BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Angaben zur Person, die den minderjährigen Patienten vorstellt

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon	Telefon mobil	E-Mail

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen?  Ja  Nein  
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

Ihr Hauszahnarzt \_\_\_\_\_

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung | Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Wurden Unterlagen erstellt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein

Was stört am meisten an der Zahn- | Kieferfehlstellung? \_\_\_\_\_

Wird ein Blasinstrument gespielt?  Ja  Nein

Wenn ja, welches: \_\_\_\_\_

Bitte Rückseite beachten

Wird oder wurde am Daumen gelutscht?  Ja  Nein  
Wird oder wurde ein Schnuller benutzt?  Ja  Nein  
Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut?  Ja  Nein  
Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst?  Ja  Nein  
Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?  Ja  Nein  
Bestehen | bestanden Beschwerden des Kiefergelenks,  
der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen?  Ja  Nein  
Besteht eine rheumatische Erkrankung?  Ja  Nein  
Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor?  Ja  Nein  
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  Ja  Nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV   AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Creutzfeldt-Jakob   Varianten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:		

---

Liegt eine Allergie vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

---

Als besonderen Service senden wir Ihnen automatisch eine Erinnerungs-SMS für Ihren nächsten Termin etwa 24 Stunden im Voraus. Sie können diesen Service jederzeit abbestellen. Bitte sprechen Sie dazu eine unserer Mitarbeiterinnen am Empfang an.

**Hinweis zur Organisation:** Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Ort | Datum

---

Unterschrift des Patienten  
bzw. Vorstellenden

---

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.

Ihr Praxisteam.

DR. MARTIN SEEFELD  
**KIEFERORTHOPÄDE**

Karl-Böhm-Str. 109  
85598 Baldham

Fon 08106 - 21 29 63  
Fax 08106 - 21 29 64

www.kfo-seefeld.de  
kontakt@kfo-seefeld.de