



# Anmeldebogen

## Für Erwachsene

Kieferorthopädie

Dr. Marija und Dr. Zoran Sevkusic  
Lochhamer Straße 7A, 82152 Martinsried

Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis!

Neben Ihren persönlichen Angaben benötigen wir ebenfalls Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam KFO Martinsried

### Persönliches (Patient)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherung

Krankenkasse (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert   
Freiwillig versichert   
Privat vollversichert   
Familienversichert bei \_\_\_\_\_

Basistarif einer privaten Versicherung   
Zusatzversicherung für Kieferorthopädie   
Beihilfe

### Was führt Sie in unsere kieferorthopädische Sprechstunde?

Überweisung  , Schmerz  , Ästhetik

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bitte Rückseite beachten!

1 von 3

### Kieferorthopädische Anamnese

- Waren Sie schon einmal beim Kieferorthopäden?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
  
- Name des Kieferorthopäden\_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Wurden hier bereits Unterlagen erstellt?  
Ja  Nein
- Gab es in der Familie bereits Gebissunregelmäßigkeiten?  
Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern  Ja  Nein
- Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von bleibenden Zähnen bekannt?  
Wenn ja, welche Zähne? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Spielen Sie ein Blasinstrument?  
Ja  Nein
- Hobbies/Sport\_\_\_\_\_ Ja  Nein

### Medizinische Anamnese

- Bestehen / bestanden allgemeinmedizinische Krankheiten?  
(z.B. Diabetes, Rachitis, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzkrankheiten/Herzfehler, Neurodermitis, Gelbsucht, Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung, AIDS, Krebsleiden, sonstige Krankheiten)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  
Ja  Nein   
Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Sind oder waren Sie Raucher/-in?  
Ja  Nein
- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?  
Ja  Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Ja  Nein   
Wenn ja, welche und wozu? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Gab es einen Unfall mit Auswirkungen auf den Mund- Kiefer- Gesichtsbereich?  
Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### Zahnärztliche Anamnese

Name, Adresse und Telefonnummer des Zahnarztes:

---

- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Bestehen oder bestanden Beschwerden beim Kauen?  
Ja  Nein
- Bestehen oder bestanden Kiefergelenksbeschwerden?  
Wenn ja, welcher Art? Schmerzen  , Knacken   
Sonstiges \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Wurden die Zähne innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?  
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Bei Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  
Ja  Nein
- Wurde Ihnen schon ein Röntgenpass ausgestellt?  
Ja  Nein

- Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?  
 gerade ausgerichtete Zähne     Beseitigung von Schmerzen  
 besseres Kauvermögen     besseres Aussehen
  - Wie schätzen Sie eine evtl. Zahnfehlstellung bei Ihnen selber ein?  
 ohne     gering  
 mittel     stark     weiß nicht
  - Bitte ankreuzen, an welchen der folgenden Problemen Sie evtl. leiden?  
 Kopfschmerzen/ Migräne     Muskelverspannung     Schmerzen in der Wirbelsäule  
 Schmerzen im Nackenbereich     Beinlängendifferenz     Tinnitus  
 keines der genannten Probleme    Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 
- Wurden die Zähne innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Ja  Nein   
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden? \_\_\_\_\_
  - Bei Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein
- 
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die, für eine kieferorthopädische Behandlung, erforderlichen Röntgenbilder angefertigt werden. Diese Röntgenbilder, erhobene Befunde und Fotos dürfen gegebenenfalls an meinen Hauszahnarzt oder an mitbehandelte Ärzte anderer Fachrichtungen weitergegeben werden.  
Ja  Nein
  - Hiermit willige ich ein, dass mich meine kieferorthopädische Praxis an einen bevorstehenden Termin (Recall) kontaktieren darf.  
Ja  Nein   
Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen können. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)
  - Ich stimme zu, dass die persönlichen und behandlungsbezogenen Patientendaten zugänglich sind.  
Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.  
Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Martinsried, den \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

*Dr. M. Šćerović*      *Dr. Tomislav Šćerović*

Martinsried, den \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Behandler

**Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis**  
Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis jederzeit einsehbar.