



# 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	<input type="checkbox"/>	Basistarif einer privaten Versicherung	<input type="checkbox"/>
Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung für Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>
Privat vollversichert	<input type="checkbox"/>	Beihilfe	<input type="checkbox"/>
Familienversichert bei	_____		

### Was führt Sie in unsere kieferorthopädische Sprechstunde?

Überweisung ☐, Schmerz ☐, Ästhetik ☐

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Bitte Rückseite beachten!

### Kieferorthopädische Anamnese

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

### Medizinische Anamnese

- Bestehen / bestanden allgemeinmedizinische Krankheiten? Ja ☐ Nein ☐  
(z.B. Diabetes, Rachitis, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzkrankheiten/Herzfehler, Neurodermitis, Gelbsucht, Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung, AIDS, Krebsleiden, sonstige Krankheiten)
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- 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? \_\_\_\_\_
- 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? \_\_\_\_\_
- Bestehen oder bestanden Beschwerden beim Kauen? Ja ☐ Nein ☐
- Bestehen oder bestanden Kiefergelenksbeschwerden? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, welcher Art? Schmerzen ☐ , Knacken ☐  
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 ☐
- 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 (DGSVO).

Dr. M. Ščurkušić

Dr. Zoran Janković

Martinsried, den \_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift Behandler
-------	------------------------

## Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis jederzeit einsehbar.