



# Anmeldebogen

## Für Kinder und Jugendliche

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

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

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: \_\_\_\_\_

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

Wer ist erziehungsberechtigt?  
Über wen ist das Kind versichert?

Mutter ☐ Vater ☐ beide ☐  
Mutter ☐ Vater ☐ Kind selbst ☐

### Mutter

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Vater

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Frage an Eltern:

Leben Sie getrennt / Sind Sie geschieden?

Ja ☐ Nein ☐

In diesem Fall müssen uns beide Eltern ihr Einverständnis für die Behandlung erteilen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, dass er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

Bitte Rückseiten beachten!

## 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 _____			

Name, Adresse und Telefonnummer des Zahnarztes:

Name des Kinderarztes:

## Was führt Sie in unsere kieferorthopädische Sprechstunde?

Überweisung ☐, Schmerz ☐, Ästhetik ☐

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

### Kieferorthopädische Anamnese

- Waren Sie schon einmal beim Kieferorthopäden? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Kieferorthopäden \_\_\_\_\_

Wurden hier bereits Unterlagen erstellt? Ja ☐ Nein ☐

- Gab es in der Familie bereits Gebissunregelmäßigkeiten? Ja ☐ Nein ☐  
Vater ☐, Mutter ☐, Geschwister ☐, Großeltern ☐
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐
- Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von bleibenden Zähnen bekannt? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, welche Zähne? \_\_\_\_\_
- Hat der Patient Daumen gelutscht, Schnuller getragen oder Gewohnheiten wie Nägelkauen, Lippenbeißen, Zungenpressen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was und wie lange? \_\_\_\_\_

- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja ☐ Nein ☐
- Hobbies/Sport \_\_\_\_\_
- Kann der Patient mit geschlossenem Mund schlafen? Ja ☐ Nein ☐
- Besteht häufig eine Erkältung oder Schnarchen? Ja ☐ Nein ☐
- War Ihr Kind schon einmal beim Logopäden ☐ Osteopathen ☐

Was war der Grund für diesen Besuch? \_\_\_\_\_

## Medizinische Anamnese

- Bestehen / bestanden allgemeinmedizinische Krankheiten? Ja ☐ Nein ☐  
(z.B. Diabetes, Rachitis, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzkrankheiten, Neurodermitis, Gelbsucht, Blutungsneigung, Aids, sonstige Krankheiten)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- Ist der Patient derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja ☐ Nein ☐
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, welche und wozu? \_\_\_\_\_
- Wurden Gaumen- /Rachenmandeln oder Polypen operiert? Ja ☐ Nein ☐
- Gab es einen Unfall mit Auswirkungen auf den Mund- Kiefer- Gesichtsbereich? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese

- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_
- Wann kamen die ersten Milchzähne? vor dem 6. Monat ☐ , nach dem 8. Monat ☐
- Bestehen oder bestanden Beschwerden beim Kauen? Ja ☐ Nein ☐
- Bestehen oder bestanden Kiefergelenksbeschwerden? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, welcher Art? Schmerzen ☐ , Knacken ☐ , Sonstiges ☐ \_\_\_\_\_
- Bestehen häufig Schmerzen im Gesichtsbereich? Ja ☐ Nein ☐

## Röntgen

- Wurden die Zähne innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Ja ☐ Nein ☐  
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden? \_\_\_\_\_
- **Bei weiblichen Patienten:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? 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 Ihrem Kind selber ein?  
☐ ohne ☐ gering  
☐ mittel ☐ stark ☐ weiß nicht
- Bitte ankreuzen, an welchen der folgenden Problemen Ihr Kind evtl. leiden?  
☐ Kopfschmerzen/ Migräne ☐ Muskelverspannung ☐ Schmerzen in der Wirbelsäule  
☐ Schmerzen im Nackenbereich ☐ Beinlängendifferenz ☐ Tinnitus  
☐ keines der genannten Probleme Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die, für eine kieferorthopädische Behandlung, erforderlichen Röntgenbilder bei meinem Kind angefertigt werden dürfen (Sie werden von uns vorher selbstverständlich informiert). Diese Röntgenbilder, erhobene Befunde und Fotos meines Kindes 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 ☐

Bitte Rückseite beachten!

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.

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

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



Datum	Unterschrift Versicherter
<hr/>	
Datum	(Bei getrenntlebenden Eltern und beidseitigem Sorgerecht bitte Unterschrift von beiden Elternteilen)

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).

#### Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

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

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

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