

Kieferorthopädische  
Gemeinschaftspraxis Aindling

Dr. Katrin Held  
Prof. Dr. Stefan Lossdörfer

Arnhofener Str. 4 ½

86447 Aindling

Arnhofener Str. 4 ½

86447 Aindling

Tel: (08237) 5360

Fax (08237) 959524

[www.kfo-aindling.de](http://www.kfo-aindling.de)

e-mail: [welcome@kfo-aindling.de](mailto:welcome@kfo-aindling.de)

## Anmeldung

### Lieber Patient, sehr geehrte Eltern!

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, dass Sie heute zu uns gekommen sind und uns Ihre Zahngesundheit bzw. die Ihres Kindes anvertrauen wollen.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Personalien

#### **Patient:**

	Name	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift:	_____			

Telefon:	Strasse	PLZ	Ort
	_____	_____	_____

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Mitglied:** \_\_\_\_\_

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	_____		

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_

## Medizinische und Zahnmedizinische Anamnese

Bestehen allgemein-medizinische Erkrankungen (z.B. Allergien, Tuberkulose, Diabetes, Herz-Erkrankungen, Epilepsie, Aids, Gelbsucht etc.)?

---

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung oder werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

---

Lagen schon Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich vor oder sind Zähne bei einem Unfall beschädigt worden?

---

Was stört Sie an der jetzigen Stellung Ihrer Zähne?

---

Hat bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?  
Wenn ja, wann? Bei wem?

---

Bestehen innerhalb der Familie Zahnfehlstellungen? Welche?

---

Wird oft durch den Mund geatmet oder ist die Nasenatmung behindert?

---

Besteht ein Sprachfehler oder erfolgte bereits eine logopädische Behandlung?

---

Wurden in den letzten 12 Monaten bei einem anderen Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden oder im Krankenhaus Röntgenbilder angefertigt?

---

Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Geschwister schon in Behandlung       Freunde/Bekannte       Hauszahnarzt  
 Internet/Homepage       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem Kieferorthopäden mitzuteilen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_