



# Qualitätsmanagement-Handbuch

15.1.2

ANAMNESE HAUS OSTERBERG

Ihr Zahnteam Sprötze

Dr. Jolanta Broistedt  
Trelder Weg 15

21244 Buchholz i.d.  
Nordheide

## ANMELDUNG & ANAMNESE DES PATIENTEN

NAME	VORNAME	HANDY
GEBURTSORT	GEBURTSDATUM	E-MAIL
PLZ & WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFON
KRANKENKASSE*) / -VERSICHERUNG	BERUF	TELEFAX

21244 BUCHHOLZ (SPRÖTZE)  
DERZEITIGE **PLZ & WOHNORT**

OSTERBERGWEG 6  
DERZEITIGE **STRASSE, HAUSNUMMER**

**AUFENTHALTSBEGINN:** \_\_\_\_\_ **AUFENTHALTSENDE:** \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung:  Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigt:  Nein  Ja Durch wen wurden Sie empfohlen? \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

\*)Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn Sie die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegen

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Z. Vorhandenen Beschwerden?  Nein  Ja

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch \_\_\_\_\_ Bonusheft  Nein  Ja

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen. Andernfalls können mir die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.**

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine besondere Beratung über: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Laserbehandlung                  | <input type="radio"/> Amalgamentfernung | <input type="radio"/> Parodontosebehandlung   |
| <input type="radio"/> Karies- u. Parodontoseprophylaxe | <input type="radio"/> Implantate        | <input type="radio"/> Kiefergelenksbehandlung |

Hausarzt Name: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_



# Qualitätsmanagement-Handbuch

15.1.2

ANAMNESE HAUS OSTERBERG

Ihr Zahnteam Sprötze

Dr. Jolanta Broistedt  
Trelder Weg 15

21244 Buchholz i.d.  
Nordheide

**Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.**

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder Symptome: **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- HWS / LWS-Syndrom
- Kiefergelenkprobleme
- Zungenbrennen
- Zahnfleischbluten?
- Mundgeruch
- Metallgeschmack?
- häufige Kopf-/Nackenschmerzen
- überwundene/ akute genutzte Such-/ Betäubungsmittel: \_\_\_\_\_

- Lebererkrankungen:**
- Hepatitis A
- Zuckerkrankheit/Diabetes
- Ist eine MRSA Erkrankung bekannt
- Hoher Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Fettleber
- Hepatitis B
- Rheuma
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Niedriger Blutdruck
- Macumar
- L-Zirrhose
- Hepatitis C
- Tuberkulose
- Herzschrittmacher
- Schilddrüsenerkrankung
- Ass  andere: \_\_\_\_\_
- Gestörter Heilungsprozess i. Knochen
- Nehmen Sie Biphosphonate
- Osteoporose
- Autoaggressionserkrankungen, z.B.
- MS
- Hashimoto
- Heuschnupfen?
- Asthma, Atemnot
- Allergien
- Welche? \_\_\_\_\_
- Tabakkonsum
- wieviele pro Tag? \_\_\_\_\_
- HIV-positiv/AIDS
- Welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen andere Erkrankungen?
- Welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- Welche? \_\_\_\_\_
- Medikamentenliste anbei?
- Nein  Ja
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft
- In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass in seltenen Fällen Sensibilitätsstörungen durch Leitungsanästhesien (Betäubung) im Unterkiefer ausgelöst werden können.**

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_