



# Qualitätsmanagement-Handbuch

15.1.1

## ANAMNESE

Ihr Zahnteam Sprötze

Dr. Jolanta Broistedt  
Trelder Weg 15

21244 Buchholz i.d.  
Nordheide

### ANMELDUNG & ANAMNESE DES PATIENTEN

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

### ANMELDUNG VERSICHERTER (GGF.: BETREUER / ANSPRECHPARTNER)

NAME	VORNAME	HANDY
PLZ & WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	GEBURTSDATUM
BERUF	ARBEITGEBER	TELEFON (ARBEIT)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Das Örtliche (Telefonbuch)  Gelbe Seiten  Internet  Empfehlung durch  \_\_\_\_\_

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

Sind Sie Beihilfeberechtigt:  Nein  Ja Haben Sie den PKV-Basis-Tarif  Nein  Ja

Legen Sie wert auf eine Gesamtbehandlung des Kauorgans?  Nein  Ja

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

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

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

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

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie die Felder auf dieser Seite und umseitig sorgfältig aus.



# Qualitätsmanagement-Handbuch

15.1.1

## ANAMNESE

Ihr Zahnteam Sprötze

Dr. Jolanta Broistedt  
Trelder Weg 15

21244 Buchholz i.d.  
Nordheide

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

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

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

- HWS / LWS-Syndrom
  - Zahnfleischbluten?
  - häufige Kopf-/Nackenschmerzen
  - Lebererkrankungen
  - Zuckerkrankheit/Diabetes
  - Ist eine MRSA Erkrankung bekannt
  - Hoher Blutdruck
  - Blutgerinnungsstörungen
  - Gestörter Heilungsprozess i. Knochen
  - Autoaggressionserkrankungen, z.B.
  - Heuschnupfen?
  - Allergien
  - Tabakkonsum
  - HIV-positiv/AIDS
  - Bestehen andere Erkrankungen?
  - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
  - Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft
  - Kiefergelenkprobleme
  - Mundgeruch
  - Krämpfe (Epilepsie, Fieberk. o.ä.)
  - Hepatitis A
  - Rheuma
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
  - Niedriger Blutdruck
  - Macumar
  - Nehmen Sie Biophosphonate
  - MS
  - Asthma, Atemnot
  - Zungenbrennen
  - Metallgeschmack?
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Tuberkulose
  - Herzschrittmacher
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Ass
  - Osteoporose
  - Hashimoto
- Welche? \_\_\_\_\_
- wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_
- Welche? \_\_\_\_\_
- Welche? \_\_\_\_\_
- Welche? \_\_\_\_\_
- 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:** \_\_\_\_\_

**Ich nehme am (kostenlosen) Recall Erinnerungsservice für meine Untersuchungstermine teil:**

Ja     Nein    per:    Brief     eMail     SMS

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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

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

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