



# Qualitätsmanagement-Handbuch

15.01.01

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. Zt. Vorhandenen Beschwerden?    Nein    Ja

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch \_\_\_\_\_

Haben Sie: Röntgenpass    Nein    Ja    Implantatpass    Nein    Ja    Bonusheft    Nein    Ja

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

<input type="checkbox"/> Quecksilberentgiftung	<input type="checkbox"/> Amalgamentfernung	<input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung
<input type="checkbox"/> Karies- u. Parodontoseprophylaxe	<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung

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

15.01.01

## 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 Symptome: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

HWS / LWS-Syndrom	Kiefergelenkprobleme	Zungenbrennen
Zahnfleischbluten?	Mundgeruch	Metallgeschmack?
häufige Kopf-/Nackenschmerzen	Krämpfe (Epilepsie, Fieberk. o.ä.)	

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

Lebererkrankungen	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
Diabetes	Rheuma	Tuberkulose	Asthma/ Atemnot
MRSA Erkrankung	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herzschrittmacher	
Hoher Blutdruck	Niedriger Blutdruck	Schilddrüsenerkrankung	
Blutgerinnungsstörungen	Macumar	Ass	
Gestörter Heilungsprozess i. Knochen	Nehmen Sie Biophosphonate	Osteoporose	
Autoaggressionserkrankungen, z.B.	MS	Hashimoto	
Allergien	Welche? _____		
Tabakkonsum	wie viele pro Tag? _____		
HIV-positiv/AIDS	Welche? _____		
Bestehen andere Erkrankungen?	Welche? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Welche? _____		
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: \_\_\_\_\_

**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 vorlegen

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