



Qualitätsmanagement-Handbuch

15.01.02

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)

- | | | |
|----------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Laserbehandlung | Amalgamentfernung | Parodontosebehandlung |
| Karies- u. Parodontoseprophylaxe | Implantate | Kiefergelenksbehandlung |

Hausarzt Name: _____ Email: _____ Tel.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____



Qualitätsmanagement-Handbuch

15.01.02

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 Symptome:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

überwundene/ akute genutzte Such-/ Betäubungsmittel:

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

Lebererkrankungen:	Fettleber	L-Zirrhose	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
Ist eine MRSA Erkrankung bekannt	Rheuma	Diabetes	Schilddrüsenerkrankung		
Blutgerinnungsstörungen	Macumar	Ass	andere:		
Gestörter Heilungsprozess i. Knochen	Nehmen Sie Biphosphonate	Osteoporose			
Autoaggressionserkrankungen, z.B.	MS	Hashimoto			
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Tuberkulose	Niedriger Blutdruck	Hoher Blutdruck	Herzschrittmacher	
Asthma, Atemnot	Allergien (Welche?)	_____			
Tabakkonsum	wieviele pro Tag?	___	HIV-positiv/AIDS		
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: _____