



# 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	GEBURTSDATUM
HEIMAT: STRASSE, HAUSNUMMER	HEIMAT: PLZ & WOHNORT	HANDY
TELEFON	EMAIL	ARBEITGEBER
BERUF	GEBURTSORT	KRANKENKASSE*) / -

VERSICHERUNG

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

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM
STRASSE, HAUSNUMMER	PLZ & WOHNORT	TELEFON

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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

Unser Schwerpunkt ist die biologische Zahnheilkunde.

Sind Sie an entsprechender Behandlung interessiert?

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 |

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

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

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

Sind Sie zuschussberechtigt (Sozialamt):  Nein  Ja (Nachweis vorgelegt ?  Nein  Ja)



## Qualitätsmanagement-Handbuch

15.01.01

**ANAMNESE**

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 die Felder auf dieser Seite und umseitig sorgfältig und vollständig 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)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> HWS- / LWS-Syndrom            | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme              | <input type="checkbox"/> Zungenbrennen    |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten?            | <input type="checkbox"/> Mundgeruch                        | <input type="checkbox"/> Metallgeschmack? |
| <input type="checkbox"/> häufige Kopf-/Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Krämpfe (Epilepsie, Fieber. o.ä.) |   |

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

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