



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

GEBURTSDATUM

HEIMAT: STRAÙE, HAUSNUMMER

HEIMAT: PLZ & WOHNORT

TELEFON

HANDY

E-MAIL

ARBEITGEBER

BERUF

GEBURTSORT

KRANKENKASSE*) / -

VERSICHERUNG

Hausarzt an der Heimatadresse: Name: _____ Tel.: _____

STRASSE: _____ PLZ: _____ ORT: _____

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 Haben Sie den **PKV-Basis-Tarif** Nein Ja

Sind Sie **zuschussberechtigt** (Sozialamt): Nein Ja (Bitte Nachweis vorlegen Nein Ja)

*)Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn Sie die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb von 5 Tagen vorgelegen

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)

Laserbehandlung Amalgamentfernung Parodontosebehandlung

Karies- u. Parodontoseprophylaxe Implantate Kiefergelenksbehandlung



Qualitätsmanagement-Handbuch
15.01.02

ANAMNESE HAUS OSTERBERG

Ihr Zahnteam Sprötze

**Dr. Jolanta Broistedt
Trelder Weg 15**

**21244 Buchholz i.d.
Nordheide**

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: _____



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. Für ggf. notwendige Zuzahlungen wird zwischen Praxis und Patient Vorkasse vereinbart.



Qualitätsmanagement-Handbuch
15.01.02

ANAMNESE HAUS OSTERBERG

Ihr Zahnteam Sprötze

**Dr. Jolanta Broistedt
Trelder Weg 15**

**21244 Buchholz i.d.
Nordheide**

Datum, Unterschrift: _____