



**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**

<b>NAME</b>	<b>VORNAME</b>	<b>GEBURTSDATUM</b>
<b>HEIMAT: STRAÙE, HAUSNUMMER</b>	<b>HEIMAT: PLZ &amp; WOHNORT</b>	<b>TELEFON</b>
<b>HANDY</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>ARBEITGEBER</b>
<b>BERUF</b>	<b>GEBURTSORT</b>	<b>KRANKENKASSE*) / -</b>

**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: \_\_\_\_\_