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)

- ☁ Quecksilberentgiftung
- ☁ Amalgamentfernung
- ☁ Parodontosebehandlung
- ☁ Karies- u. Parodontoseprophylaxe
- ☁ Implantate
- ☁ 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)

Haben Sie eine **Pflegestufe**? ☁ Nein ☁ Ja (Nachweis vorgelegt ? ☁ Nein ☁ Ja)

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.

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, Fieber. 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 (Überf-/ Unterf.)
- ☁ Blutgerinnungsstörungen
- ☁ Marcumar
- ☁ ASS
- ☁ Gestörter Heilungsprozess i. Knochen
- ☁ Nehmen Sie Biophosphonate
- ☁ Osteoporose
- ☁ Autoaggressionserkrankungen
- ☁ 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).
Die im Wartezimmer aushängende Erklärung zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

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: _____