

**Zahnärztehaus Buchholz MVZ-GmbH**  
Dr. Caroline Cordesmeyer  
Fachzahnärztin für Oralchirurgie  
& Kollegen

Hamburger Straße 6  
21244 Buchholz  
Tel.: 04181-9423900  
Fax: 04181-9423901

### Anmeldung

#### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum /-ort \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel. Arbeit \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert     ja     nein                      privat versichert             ja     nein

Basistarif                       ja     nein

Zusatzversicherung     ja     nein                      Beihilfeberechtigt         ja     nein

#### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherte?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**Möchten Sie sich für ein Recall-Service vormerken lassen?**                       ja     nein

Wir würden Sie somit an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnern.

#### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Internetpräsenz                                  Internetsuchmaschine           

Gelbe Seiten                                      Telefonbuch                       

Lage der Praxis                                    Hauszahnarzt überwiesen       

**Hiermit erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten und Ihre Behandlungsunterlagen von allen Ärzten / Zahnärzten des Zahnärztehauses Buchholz MVZ-GmbH zur Kenntnis genommen werden dürfen.**

**Wir bitten Sie Behandlungstermine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden zuvor abzusagen, da ansonsten die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

**Bitte wenden!**

**Anamnese**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit folgenden Fragen möchten wir mögliche Risiken für einen operativen Eingriff erfassen und damit ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- |  |                          |                                       |                          |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Herz-/ Kreislauferkrankung                   | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung/ Dialyse             | <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörung                          | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)  | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenerkrankung/-ersatz                | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom-grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Bypass / Stent / Herzschrittmacher           | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung                 | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt, Angina Pectoris                 | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung                       | <input type="checkbox"/> |
| Endokarditis, Herzmuskelentzündung           | <input type="checkbox"/> | Osteoporose                           | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall (Wann? _____)                   | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten          | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie)                   | <input type="checkbox"/> | Tinnitus                              | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)      | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu Ohnmacht                | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                    | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu blauen Flecken          | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe _____                            | <input type="checkbox"/> | Bestrahlung/ Chemo                    | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung                       | <input type="checkbox"/> | Nackenverspannung                     | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | Depressionen                          | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS)                     | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft                       | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Hep A,B,C)                  | <input type="checkbox"/> | Nehmen o. nahmen Sie früher Drogen?   | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose                                  | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie? Wie viele am Tag? _____  | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | Trinken Sie täglich Alkohol?          | <input type="checkbox"/> |
| Thrombose                                    | <input type="checkbox"/> | Andere Erkrankungen                   | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche:                      |                          |
| Rheuma, rheumatisches Fieber                 | <input type="checkbox"/> |                                       |                          |
| Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) | <input type="checkbox"/> | _____                                 |                          |
|  |                          | _____                                 |                          |
|  |                          | _____                                 |                          |

Welche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (MRSA, Creutzfeldt-Jacobs-Krankheit)

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. ASS, Marcumar) ein?

Welche? \_\_\_\_\_