

Sehr geehrte Patienten,

aufgrund der sehr großen Nachfrage nach der Biologischen Zahnheilkunde und der Versorgung mit Keramikimplantaten ist es uns nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich, neue Patienten aufzunehmen.

Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.

Wir können dadurch den Zeitaufwand für den Erstuntersuchungstermin (der ca. 2 Std. erfordern kann), die Dringlichkeit und die Kosten sehr gut einschätzen. Der Vorteil für Sie besteht in einer Ihren Bedürfnissen, Ihren Beschwerden und der Pathologie angepassten Terminvergabe.

Dazu haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet, den Sie uns bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit einer aktuellen (maximal 3 Monate alten) Panoramaröntgenaufnahme vorab zusenden.

Anschließend werden wir uns telefonisch oder per Mail mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen. Leistungen der Erstuntersuchung*:

- ✦ *Befundaufnahme*
- ✦ *PA-Status / Taschentiefenmessung*
- ✦ *Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems*
- ✦ *Messung der Herz-Raten-Variabilität (HRV) zur Bestimmung des individuellen biologischen Alters, sowie der individuellen Regenerationsfähigkeit*
- ✦ *Vitalitätsprobe aller Zähne*
- ✦ *OroTox Dentalanalyse zur Feststellung des Entzündungsgrads wurzelbehandelter Zähne*
- ✦ *Neuraltherapie an den wurzelbehandelten Zähnen*
- ✦ *Störfeld-Analyse und -Diagnose*
- ✦ *Fotografische Dokumentation aller Zähne*
- ✦ *Kurze Funktionsuntersuchung (Kiefergelenk)*
- ✦ *Besprechung der Ergebnisse und Erstellung eines Therapieplanes*
- ✦ *Ca. 14 Tage später erhalten Sie einen 3-6 seitigen Befund-, Diagnose – und Therapieplan mit Röntgen, Fotos, Meridianbefund usw. und Kostenübersicht*

*(abhängig von der individuellen Situation können bestimmte Leistungen entfallen)

Entsprechend Ihrer individuellen Situation variieren die o.a. Komponenten und erfordern einen Zeitaufwand von ca. 1-2 Stunden. Die Kosten betragen ca. 200€ pro Stunde und werden nach der gültigen Gebührenordnung abgerechnet.

Falls erforderlich werden wir zusätzlich eine digitale Volumentomographie (DVT= 3D-Aufnahme) anfertigen. Die Kosten hierfür belaufen sich auf ca. € 220,-.

Die Anzahlung (€ 200,-) für die Erstuntersuchung muss 14 Tage vor dem Termin bei uns eingegangen sein, andernfalls behalten wir uns eine Stornierung des Termins vor.

Die Anzahlung wird selbstverständlich mit der Rechnung für die Erstuntersuchung verrechnet.

Sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgenaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

Bitte senden Sie diesen Bogen und die Panoramaröntgenaufnahme an:

Zahnarztpraxis
Dr. Alexander Neubauer
Passauer Straße 20
D-94104 Tittling
Telefon +49 (0) 8504 923650
Fax: +49 (0) 8504 923655
Email: kontakt@zahnarzt-tittling.de
APO Bank
IBAN DE40 3006 0601 0006 0162 51
BIC DAAEDED

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz von € 200,- in Rechnung gestellt werden müssen.

Ort, Datum

Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Praxis für biologische Zahnheilkunde
und Keramikimplantate
Dr. Alexander Neubauer

Sehr geehrte Patienten,

sehr viele allgemeingesundheitlichen Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen – Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

Versicherter

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

 Ja

 Nein

Arbeitgeber:

Ihre E-Mail Adresse:

Haben / hatten sie eine der folgenden Krankheiten?

Ja

Nein

- Asthma, Bronchitis
- Zuckerkrankheit
- Blutgerinnungsstörung
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Nehmen Sie Marcumar?

Ja

Nein

- Osteoporose
- HIV-Infektion
- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Störung von Magen/Darm
- Entzündung der Nasennebenhöhlen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein
Wenn ja, welche?

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:

Für Frauen:

Ja Nein **Besteht eine Schwangerschaft?**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: Familienangehörige Bekannte Berufskollegen Zeitung
 Internet Sonstiges:

Anliegen:

Bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Implantate, Amalgam-Sanierung, Kontrolle, usw.:

Akute Beschwerden:

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden? Wenn ja, seit wann?

Zahnärztliche Anamnese:

Welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt?

Kiefergelenk:

Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich (Knacken, Knirschen) ?

Leiden Sie chronisch unter Kopfschmerzen oder Migräne? Wenn ja, wie oft und in welchem Bereich des Kopfes?

Gefahren durch Amalgam und Metalle im Mund:

Wünschen Sie Informationen zu Risiken von Amalgam und Metallen im Mund?

Bitte senden Sie diesen Plan vor Ihrem 1. Termin an unsere Praxis zurück (siehe Kontaktdaten unten!)

Bitte informieren Sie mich rechtzeitig (spätestens 24 Std. vorher), wenn Sie einen Termin nicht einhalten können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung an Dritte weitergegeben werden. Ich entbinde den Zahnarzt hierfür von seiner Schweigepflicht.

Ich erkläre mich einverstanden, Informationen über Neuigkeiten und Veranstaltungen der Praxis per Email zu empfangen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Anamnese biologische Zahnheilkunde, Störfeldanalyse

Sehr viele allgemeingesundheitlichen Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen –mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen-Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

ALLGEMEINANAMNESE: besteht bei Ihnen eine chron. Allgemeinerkrankung wie z.B. Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis usw. und seit wann?

GELENKBESCHWERDEN: Leiden Sie unter Schulter-Armsyndrom, Tennisellbogen, Schmerzen an Knie, Fußgelenk, Hüfte, Bandscheiben usw. und seit wann? Bitte genau beschreiben:

NEBENHÖHLEN: Leiden Sie unter chronischen Entzündungen der Nasenneben-, Stirn- oder Kieferhöhlen?

STOFFWECHSELORGANE: Leiden Sie an Erkrankungen oder Strörungen der Schilddrüse, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?

MAGEN und DARM: Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm – bitte genau beschreiben:

FRAUEN: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

UNTERLEIB: Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Frauen> Myom, Männer> Prostata)?

LUNGE, BRONCHIEN: Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?

HERZ- / KREISLAUFSYSTEM: abnormer Blutdruck, Herzinsuffizienz, Arrhythmien?

ENERGIESTATUS: Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen? Gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein, wenn ja, welche?

Bitte beantworten Sie diese Fragen sehr gewissenhaft - Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

Ernährungsfragen		
Nehmen Sie Zucker und zuckerhaltige Getränke zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Nehmen Sie Milchprodukte zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Essen Sie Fleisch oder Wurst? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Essen Sie Fisch? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Lifestyle-Fragen		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche Produkte und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablet) im Durchschnitt?		
Nutzen Sie zu Hause oder an Ihrer Arbeitsstätte DECT-Telefone (schnurlos)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Telefonieren Sie mit dem Smartphone am Ohr? Wenn ja, wie viele Minuten täglich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie weit ist der nächste Mobilfunkmast von Ihrem Schlafplatz entfernt und seit wann?		
Haben Sie W-Lan zu Hause und schalten Sie dieses nachts ab?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie W-Lan-Empfang von umliegenden Gebäuden oder Wohnungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie einen Netzfreischalter in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Treiben Sie Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht?		
Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen?		

