



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für den Weg der Biologischen Zahnmedizin entschieden haben. Für eine erste unverbindliche und kostenfreie Einschätzung Ihrer Situation inkl. Kostenrahmen benötigen wir von Ihnen folgende Dokumente:

- Digitales Panorama-Röntgenbild,
- Ihren Vitamin D3- (ng/ml) und Ihren LDL- (g/l)-Wert,
- Unseren vollständig ausgefüllten Fragebogen (Gesundheitsfragebogen – siehe Folgeseiten).

Die Erstuntersuchung ist kostenpflichtig und beinhaltet eine Erstuntersuchung mit Befundaufnahme (eine digitale Volumentomographie/DVT/Meridiananamnese /Störfeld-Analyse und -Diagnose) und eine Besprechung der Ergebnisse. Auf dieser Basis wird ein detaillierter Diagnose- und Therapieplan incl. der Kostenübersicht erstellt.

Um eine umfassende Planung und Diagnostik in Ihrem Sinne zu erstellen, benötigen wir eine digitale Volumentomographie (DVT). Die Kosten für ein DVT belaufen sich auf ca. 240,00 Euro

Entsprechend Ihrer individuellen Situation erfordert die Beratung einen Zeitaufwand von zirka eins bis 1,5 Stunden.

Die Kosten für die Beratung betragen 250,00 Euro für die erste Stunde und jede weitere angefangene halbe Stunde 125,00 Euro.

Hiermit bestätige ich, dass ich umfassend und ausführlich über oben genannte Leistungen und den damit verbundenen Kosten aufgeklärt worden bin und meinerseits sämtliche Fragen beantwortet wurden.

(Datum)

(Unterschrift)

Falls Sie weitere Fragen haben, senden Sie uns bitte eine Email an info@praxis-sobiegalla.de oder rufen uns unter +49 (0)6201 42496 an.



Gesundheitsfragebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/ Vorname _____

Straße/ Nr. _____ PZL/ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse/ private Krankenversicherung _____

gesetzlich Versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein privat versichert ja nein

beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir wissen dass ein vereinbarter Termin in der Hektik des Alltages schon einmal vergessen werden kann. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, eine Ausfallgebühr zu berechnen, falls Termine wiederholt nicht rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abgesagt werden. Als Terminpraxis ist es uns meist nicht möglich den für Sie reservierten Termin kurzfristig anderweitig zu vergeben.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon-/Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____

Sonstiges _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per Email erhalten?

ja nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle

neuen Zahnersatz

Beratung

zweite Meinung

Schmerzbehandlung

andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen?

ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

Dauerschmerz

Zähne reagieren auf süß/sauer

Manche Zähne sind temperaturempfindlich

Zähne schmerzen auf ohne Belastung

Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch

Kieferschmerzen/ Kiefergelenkschmerzen **Leiden**

oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

(ja) (nein) Zustand nach Infarkt

(ja) (nein) Stents

(ja) (nein) Herzinsuffizienz

(ja) (nein) Muskelentzündung

(ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße

(ja) (nein) Rhythmusstörungen

(ja) (nein) Bypassoperation

(ja) (nein) Herzklappenersatz

(ja) (nein) Herzklappenentzündung

(ja) (nein) Schrittmacher

(ja) (nein) Angina Pectoris

Kreislauf

(ja) (nein) niedriger Blutdruck

(ja) (nein) Bluthochdruck

(ja) (nein) Durchblutungsstörungen

(ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

(ja) (nein) Blutarmut
(ja) (nein) Bluter

Augen

(ja) (nein) Grauer Star
(ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

(ja) (nein) Asthma
(ja) (nein) Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

(ja) (nein) Magenerkrankung
(ja) (nein) Darmerkrankung

Blase-Nieren

(ja) (nein) Blasenerkrankung
(ja) (nein) Nierenerkrankung
(ja) (nein) Dialyse
(ja) (nein) Leber (Gelbsucht, Hepatitis)

Bewegungsapparat

(ja) (nein) Rheuma
(ja) (nein) rheumatoide Arthritis
(ja) (nein) Gicht

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Kopfschmerzen
(ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit
(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
(ja) (nein) Osteoporose
(ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

(ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn Ja, in welchem Monat?.....

(ja) (nein) Haben Sie eine Gelenkprothese wie z. B. Knie- oder Hüftgelenk? Wenn ja, wo genau?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre Zahnreinigungstermine erinnert werden?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

_____, den _____ Unterschrift _____