

## Anamnesebogen Biologische Zahnmedizin

### Sehr geehrte Patienten,

das Zentrum für Biologische Zahnheilkunde Dr. Harald Eberhardt liefert Ihnen ein biologisch-integratives Behandlungskonzept mit dem Ziel ihre Gesundheit dauerhaft zu verbessern. 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 (welcher bis zu 2 Stunden erfordern kann), die Dringlichkeit und die Kosten besser einschätzen.

Der Vorteil besteht für Sie in einer Ihren Bedürfnissen, Ihren Beschwerden und der Pathologie angepassten Terminvergabe. Hierfür haben wir Ihnen den untenstehenden Anamnesebogen beigelegt. Wir bitten Sie, diesen vollständig auszufüllen und mit einer aktuellen digitalen 2 D Panoramaröntgenaufnahme (maximal drei Monate alt) vorab zuzusenden. Falls Sie über kein Röntgenbild verfügen sollten, können Sie dies in der Regel kurzfristig bei uns in einem gesonderten Termin anfertigen lassen. Bitte senden Sie in Kopie auch alle weiteren Befunde und Laboruntersuchungen und die Kopie des Allergiepasses, falls vorhanden. Ebenso benötigen wir unbedingt zum Ersttermin Ihren aktuellen **Vitamin D 3 Wert** und den Wert des **LDL (Cholesterol)**.

Anschließend nach Durchsicht aller Unterlagen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen und einen gemeinsamen Termin vereinbaren. Notfalltermine sind hiervon natürlich ausgenommen.

### Leistungen der Erstuntersuchung:

(abhängig von der individuellen Situation können bestimmte Leistungen entfallen)

- Befundaufnahme
- Falls notwendig dreidimensionale Röntgenaufnahme sowie Dental-Scans Ihrer Kiefer.
- Meridiananamnese
- Erfassung der Parodontalen-Situation PSI | PA-Status
- Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- Vitalitätsprobe der Zähne
- Unter gewissen Umständen ist zur genauen Erfassung des exakten Zustandes des Zahnhalteapparates eine professionelle Zahnreinigung erforderlich.
- Neuraltherapie an den wurzelbehandelten Zähnen
- Störfeld-Analyse und-Diagnose
- Fotographische Dokumentation aller Zähne
- Implantatplanung
- Besprechung der Ergebnisse und gemeinsame Planung
- ca. 14 Tage später erhalten Sie Ihren Behandlungsplan sowie die Kostenübersicht.  
Gerne können wir Ihnen die Röntgenaufnahmen auf DVD brennen.

Falls erforderlich werden wir zusätzlich eine digitale Volumetomographie (DVT) anfertigen. Die Kosten hierfür belaufen sich auf ca. € 260,-. Die Anzahlung (300,00 €) für die Erstuntersuchung muss spätestens 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. Eventuell von Ihnen gewünschte weitere Beratungstermine können vereinbart werden, jedoch entstehen dadurch zusätzliche Kosten von ca. 250,00 € die angefangene ½ Stunde.

# Anamnesebogen Biologische Zahnmedizin

## Patientendaten

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

- gesetzlich versichert
- Basistarif einer privaten Versicherung
- Beihilfe
- freiwillig versichert
- privat voll-versichert
- gesetzliche Betreuung

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  Bekannte / Verwandte: \_\_\_\_\_  Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_  
Name Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)  Gelbe Seiten  zus. informiert auf [www.zbz-mannheim.de](http://www.zbz-mannheim.de)

Internet:  Google  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anliegen

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

---

---

---

---

### Akute Beschwerden

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden? Wenn ja, wo genau, wie, wann, welcher Auslöser und seit wann:

---

---

---

---

### Zahnärztliche Anamnese

- Wurden bei Ihnen zahnärztliche Behandlungen innerhalb der letzten 3 Jahre durchgeführt?  Ja  Nein
- Wurzelbehandlungen? Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Chirurgische Störfeldoperationen (NICO OP)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Metallfüllungen (Amalgam/Gold etc.)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Weisheitszahnentfernungen/andere Zahnentfernungen? \_\_\_\_\_
  - Sonstiges?  Ja  Nein
  - Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

### Kiefergelenk

- Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich?  Ja  Nein
- Sind Sie gut verzahnt oder müssen Sie Ihre Bissposition suchen?  Ja  Nein

## Anamnesebogen Biologische Zahnmedizin

### Allgemeinanamnese

- Leiden Sie unter chronischen Kopfschmerzen oder Migräne?  Ja  Nein

Wenn ja, wie oft und in welchem Bereich? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Schmerzqualität auf einer Skala von 0-10.

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Schmerzen					stärkster vorstellbarer Schmerz					

- Leiden Sie unter Beschwerden der Halswirbelsäule, Nacken, Schulter?  Ja  Nein

Wenn ja, auf welcher Seite und wie stark/oft? \_\_\_\_\_

- Hatten Sie jemals einen Ski-, Motorrad-, Autounfall o.ä. mit Halswirbelbeteiligung (Schleudertrauma, Halskrause)?  Ja  Nein

- Leiden Sie unter chronischen Ohrenentzündungen, Ohrenscherzen, Tinnitus, Ohrgeräuschen, Klingeln, Rauschen oder Pfeifen?  Ja  Nein

### Augen

- starke Sehverschlechterung  Augenüberdruck  Netzhautablösung  Hornhautverkrümmung

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Gelenkbeschwerden (Bandscheibenprobleme/Knie etc.) \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Neurodegenerative Erkrankung (Multiple Sklerose, Parkinson, ALS, Alzheimer, Demenz etc.)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Chronische Entzündung des Darmtraktes (Colitis, Leaky Gut, etc.)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Krebserkrankung? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Nasennebenhöhlenerkrankung? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Leber-/Galle-/Bauchspeicheldrüsenerkrankung? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Infektionskrankheiten (HIV/Tuberkulose etc.) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Anamnesebogen

# Biologische Zahnmedizin

- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja beschreiben Sie auf einer Skala von 0-10, wie stark die Allergien sind.

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Schmerzen							stärkster vorstellbarer Schmerz			

- Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm? - Bitte genau beschreiben  
\_\_\_\_\_
- Frauen: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? (Zysten, Schwellungen, Tumore)  
\_\_\_\_\_
- Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Frauen:Myom, Männer:Prostata)?  
\_\_\_\_\_
- Lunge/Bronchien? Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?  
\_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

### Herz-/Kreislaufsystem

- abnormaler Blutdruck       Herzinsuffizienz       Arrhythmien
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen?     gesund und leistungsfähig     chronisch müde
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?       Ja     Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?       Ja     Nein  
Wenn ja, wann wurde zuletzt eine PZR bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft?       Ja     Nein

### Lifestyle-Fragen

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft/viel? \_\_\_\_\_  Ja     Nein
- Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche Produkte und wie oft/viel? \_\_\_\_\_  Ja     Nein
- Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablet) im Durchschnitt? \_\_\_\_\_
- Nutzen Sie Zuhause oder an Ihrer Arbeitsstätte DECT-Telefone (schnurlos)?       Ja     Nein
- Telefonieren Sie mit dem Smartphone am Ohr? Wenn ja, wie viele Minuten täglich? \_\_\_\_\_  Ja     Nein

## Anamnesebogen

**Biologische Zahnmedizin**

- Wie weit ist der nächste Mobilfunkmast von Ihrem Schlafplatz entfernt und seit wann? \_\_\_\_\_
- Haben Sie W-LAN Zuhause und schalten Sie dieses nachts ab? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Haben Sie W-LAN Empfang von umliegenden Gebäuden oder Wohnungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Haben Sie einen Netzfreischalter in Ihrer Wohnung/in Ihrem Haus? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Treiben Sie Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft/viel? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht? \_\_\_\_\_
- Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen? \_\_\_\_\_
- Sind oder waren Sie in Ihrem Beruf besonderen Belastungen (physisch, psychisch, Strahlung, Giftstoffe, Chemikalien, Laserdrucker) ausgesetzt? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_
- Benutzen Sie **nicht** biologische Körperpflegemittel?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Bitte senden Sie diesen Fragebogen und die digitale Panoramaröntgenaufnahme an:

Zentrum für Biologische Zahnheilkunde  
Dr. med. dent. Harald Eberhardt  
Traiteurstr. 28-34 68165 Mannheim

Sie kommen in eine Praxis, die nach einem bestimmten Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 1 Woche vorher abgesagt wurden, nach § 615 BGB (Stundensatz von € 200,-) berechnen müssen, sofern keine anderen Patienten in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit eingeplant werden können. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert für Fallbeispiele in Vorträgen durch Dr. Eberhardt verwendet werden dürfen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Datenerhebung zu wissenschaftlichen Zwecken und der Anwesenheit von Fachpersonal zu Ausbildungszwecken einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift