

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 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 (Cholesteroll)**.

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 Abformungen ihrer Kiefer.
- Meridiananamnese
- PA-Status/Taschentiefenmessung
- Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- Vitalitätsprobe aller 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
- Fotografische 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 CD oder DVD brennen.

Falls erforderlich werden wir zusätzlich eine digitale Volumentomographie (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

Da aufgrund der Nachfrage nach unserem Konzept der biologischen Zahnheilkunde sehr lange Wartezeiten bis zu 4 Monaten entstehen, haben wir ein Angebot zur verkürzten Wartezeit entwickelt:

Wenn Sie uns folgende Unterlagen zusenden:

- aktuelles digitales Panoramaröntgenbild
- vollständig ausgefüllten Anamnesebogen

erhalten Sie eine kostenfreie Einschätzung Ihrer Situation.

Wir werten Ihre Unterlagen aus und schicken Ihnen einen nach den Grundsätzen der biologischen Zahnheilkunde (keine wurzelbehandelten Zähne, keine Metalle, keine Osteolysen im Kieferknochen, Planung wenn möglich mit Keramikimplantaten) erstellten Kostenplan (maximaler Kostenrahmen) zu. Wenn Sie dem zustimmen, können Sie zeitnah (innerhalb von einigen Wochen) einen Behandlungstermin zur Störfeldsanierung erhalten. In diesem Fall entfällt der ausführliche Beratungstermin.

Ihr Vorteil - kürzere Wartezeit! - keine Kosten für die Erstuntersuchung und Kostenplan

Sollten Sie keine Behandlung in Anspruch nehmen, so müssen wir Ihnen den Planungsaufwand mit 250,00 Euro in Rechnung stellen.



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 Beihilfe privat voll-versichert
 Basistarif einer privaten Versicherung freiwillig 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
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?

- Wurzelbehandlungen? Wenn ja, wie viele? _____ Ja Nein
- Chirurgische Störfeldoperationen (NICO OP)? _____ Ja Nein
- Metallfüllungen (Amalgam/Gold etc.)? _____ Ja Nein
- Weisheitszahnentfernungen/andere Zahnentfernungen? _____ Ja Nein
- Sonstiges? _____

Kiefergelenk

- Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich? Ja Nein
- Sind Sie gut verzahnt oder müssen Sie Ihre Bissposition suchen? Ja Nein
- 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? _____
- Leiden Sie unter chronischen Ohrenentzündungen, Ohrenschmerzen, Tinnitus, Ohrgeräuschen, Klingeln, Rauschen oder Pfeifen? Ja Nein

Augen

- starke Sehverschlechterung Augenüberdruck Netzhautablösung Hornhautverkrümmung
- Hatten Sie jemals einen Ski-, Motorrad-, Autounfall o.ä. mit Halswirbelbeteiligung (Schleudertrauma, Halskrause)? Ja Nein
 - Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Allgemeinanamnese

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

- 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.?

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
- 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? _____

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

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

Bitte senden Sie diesen Fragebogen und die 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 zuvor 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.

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

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