

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben in unserer **Praxis für ganzheitliche Zahnmedizin in Viernheim** einen Termin vereinbart. Damit wir uns bei der Erstuntersuchung effektiv Ihnen und Ihrem Anliegen widmen können, bitten wir Sie, den Anamnesebogen schon vorab auszufüllen und uns zuzuschicken.

Der Fragebogen ist sehr umfangreich, da kein Krankheitsgeschehen losgelöst vom übrigen Körper betrachtet werden kann. Die ganzheitliche Betrachtungsweise dient der Erfassung sämtlicher Probleme und der Herstellung von Zusammenhängen zwischen den einzelnen Symptomen.

Nur eine vollständige Diagnose erlaubt eine vollständige Therapie. Beantworten Sie deshalb alle Fragen bitte so gut und ausführlich wie möglich. Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen, schreiben Sie bitte die ausführliche Antwort auf ein extra Blatt mit Verweis auf die zugehörige Frage.

Um ein ganzheitlich-naturheilkundlich ausgerichtetes Therapiekonzept erstellen zu können, kommen in unserer Zahnarztpraxis neben der schulmedizinischen Untersuchung u.a. die **Applied Kinesiology (AK)/Funktionelle Myodiagnostik (FMD)** und die **Neuraltherapie** zum Einsatz.

Da für viele Krankheiten die Ursachen bzw. Therapien nicht bekannt sind, werden immer öfter naturheilkundliche Diagnose- und Therapiemethoden eingesetzt, da sie überaus wirksam sein können.

Eine sehr große Rolle als Ursache verschiedener Symptome/Erkrankungen spielen u.a. **tote/wurzelbehandelte Zähne**, **NICOs** (Nekrose induzierende Kieferostitis/Fettige Kieferentzündungen), **Metalle** im Mund und **Unverträglichkeiten auf Zahnmaterialien** - sogenannte **Störfelder**.

Aus diesem Grund arbeiten wir in unserer Zahnarztpraxis komplett **metallfrei**, achten auf **biokompatible/verträgliche Materialien** und suchen auf Wunsch des Patienten **Störfelder** auf. Ziel und großes Bestreben von uns ist es, ggf. vorhandene Leiden durch die Beseitigung Ihrer Störfelder zu minimieren oder sogar zu beseitigen. Außerdem achten wir verstärkt darauf, durch die richtige Wahl von Materialien und durch die ganzheitliche Therapie keine neuen Störfelder zu verursachen.

Für unsere Neupatienten (Kassenpatienten wie Privatpatienten) bieten wir wie jede andere zahnärztliche Praxis einen **Erstaufnahmetermin von ca. 30 Minuten** an. In diesem Termin wird der Zahnstatus ermittelt und die Funktionalität des Gebisses erfasst. Daraus kann bei Bedarf ein Therapieplan erstellt werden.

Wenn Sie eine Erstuntersuchung unter Berücksichtigung unseres speziellen Behandlungskonzeptes wünschen, benötigen wir dafür mehr Zeit und reservieren Ihnen einen **Termin von 1 – 1,5 Stunden**. Dieser zeitliche Mehraufwand wird von den gesetzlichen Krankenkassen allerdings nur bedingt erstattet und muss deshalb privat bezahlt werden.

Die Kosten für diese **ganzheitliche Spezial-Sprechstunde** betragen **€ 198,- pro Stunde** und werden nach der gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) abgerechnet.

Wünschen Sie eine Erstuntersuchung unter Berücksichtigung unseres speziellen ganzheitlichen Behandlungskonzeptes?

- Nein. Füllen Sie bitte nur den folgenden „Patientenfragebogen“ aus.
- Ja. Füllen Sie bitte den kompletten Fragebogen aus und senden ihn bitte bis spätestens fünf Tage vor Ihrem Termin an unsere Praxis.

**Bitte beachten Sie: Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin zur Untersuchung oder Behandlung nicht einhalten können, bitten wir Sie um eine rechtzeitige Absage bis mindestens 48 Stunden vor dem angesetzten Termin. Ansonsten müssen wir Ihnen die eingeplante Zeit in Rechnung stellen.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus.

Patient Herr/Frau	Name _____	Vorname _____	geb. _____
Mitglied/Versicherter	Name _____	Vorname _____	geb. _____
Anschrift	PLZ _____	Ort _____	
	Straße/Nr. _____		
E-Mail-Adresse	_____		Tel./Mobil _____
Beruf	_____		Arbeitgeber _____
Krankenkasse	_____		Hausarzt _____

Recall (halbjährliche Erinnerung zur Vorsorge)                      ja                       nein

### ALLGEMEINE SITUATION

### ZAHN-MUND-SITUATION

	Ja	Nein		Ja	Nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck: O niedrig O normal O hoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen am Kopf/im Nacken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?		
Infektionskrankheiten (Hepatitis; HIV; TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vor _____ Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wievielte Woche? _____		
Osteoporose/Strahlentherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sollten Sie während des Behandlungszeitraumes schwanger werden,		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bitten wir Sie um sofortige Mitteilung.		

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis und haben unsere Zeit für Sie reserviert. Wenn Sie Ihren Termin bei uns nicht wahrnehmen, entstehen für unser gesamtes Team Ausfallzeiten. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. mind. 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und allen anderen Patienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterschiene ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.

ANAMNESEBOGEN  
FÜR EINE GANZHEITLICHE UNTERSUCHUNG



ZAHNART  
Zahnmedizinische Praxis

## Anamnesebogen

Vorname: _____		Name: _____	
Anschrift: _____			
Geburtsdatum: _____	Größe: _____	Gewicht: _____	
Blutgruppe:			
Ich komme auf Empfehlung/ Überweisung von (bitte <b>genaue Bezeichnung</b> ob Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut, Heilpraktiker etc., sowie dessen <b>genaue Anschrift</b> ): _____			
Grund der Überweisung: _____			
Kurze stichwortartige Beschreibung der aktuellen Beschwerden (Bitte auch angeben, wie lange die Beschwerden schon andauern bzw. wann sie erstmals aufgetreten sind)			

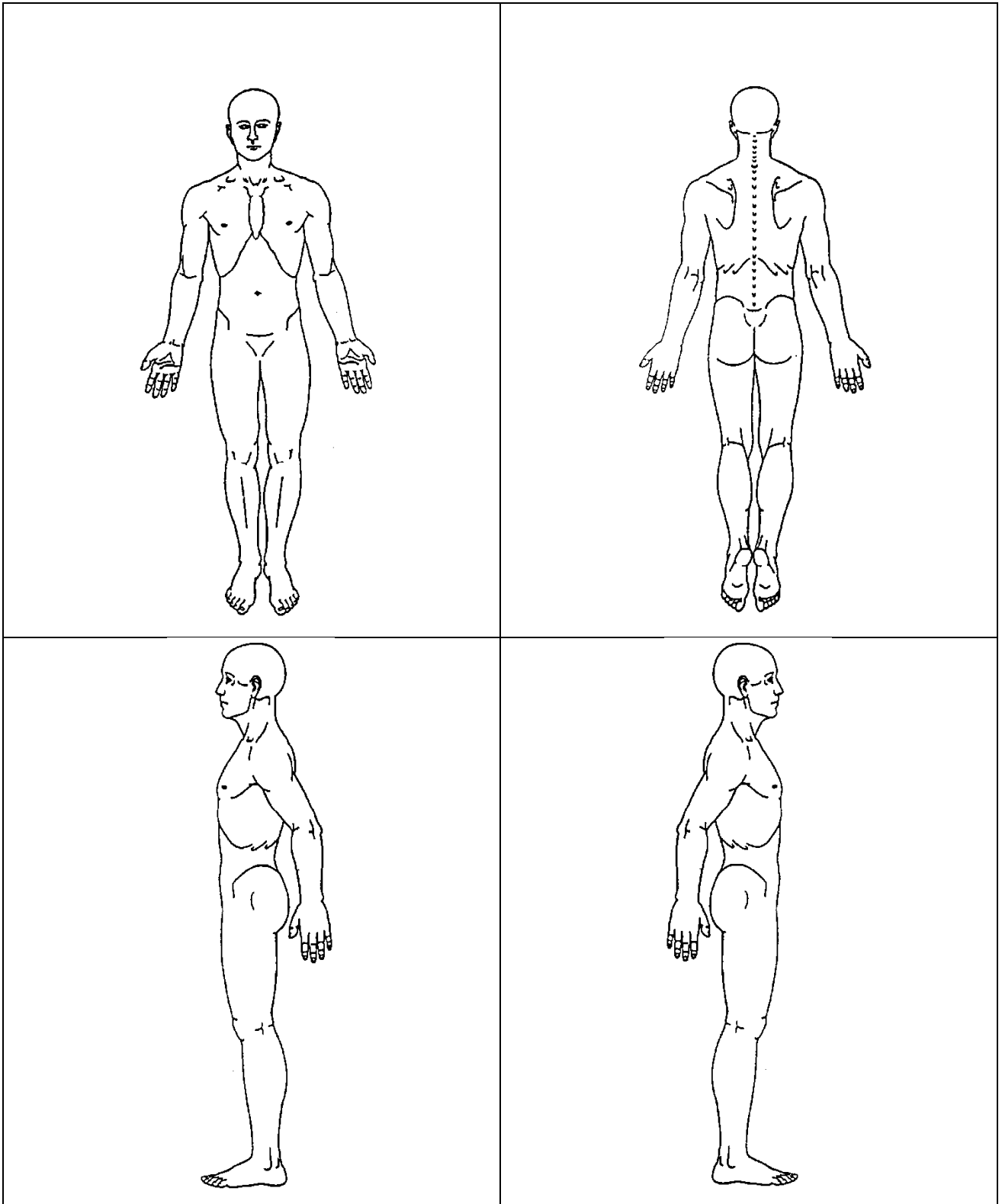
Bitte füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus.

## Krankheitsgeschichte

Geburtsstörungen	
Erkrankungen (Zeitangabe)	
Unfälle/Operationen (Zeitangabe)  Wurden durch OPs Metalle in Ihren Körper eingebracht?	<input type="checkbox"/> Mandeln, Sonstiges...  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo im Körper: welches Metall, wenn bekannt:
Allergien: (wenn möglich, erstes Auftreten)  Reaktionen auf:	<input type="checkbox"/> Edelmetall <input type="checkbox"/> Modeschmuck
Zahnbehandlungen und Zahnentfernungen	
Schwangerschaft (Dammschnitt)	

Welche Narben bzw. Schmerzstellen haben Sie am Körper?

Bitte in den Figuren mit **blauem** Stift die **Narben** und mit **rotem** Stift die **Hauptschmerzstellen** einzeichnen.



## Jetzige Beschwerden

Kopfschmerz/Migräne	<input type="checkbox"/> (wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation und Verteilung am Kopf):
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>
Häufig	<input type="checkbox"/> Mandelentzündung <input type="checkbox"/> Halsschmerz <input type="checkbox"/> Schnupfen
Lungenerkrankung/ Bronchialerkrankung, Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden:	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt
Verdauungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Empfindlicher Reizmagen <input type="checkbox"/> Übersäuerung <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Magengeschwüre <input type="checkbox"/> Zwölffingerdarmgeschwür <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Gallenerkrankungen <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse, z.B. Diabetes <input type="checkbox"/> Blähungen  Andere Unverträglichkeiten: welche? _____
Schilddrüsenstörungen:	<input type="checkbox"/> welche? _____
Rheumatische Erkrankungen (bitte die dominierende Schmerzseite angeben) Chronische Erkrankungen von Muskeln und/oder Gelenken:	<input type="checkbox"/> Gelenkrheuma <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> Schultergürtel <input type="checkbox"/> Ellbogen <input type="checkbox"/> Handgelenk <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fingergelenke <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/> Hüftgelenke <input type="checkbox"/> Steißbein <input type="checkbox"/> Sprunggelenke



Müdigkeitssyndrom	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen Anorexie, Bulimie, Angststörungen	<input type="checkbox"/>
Störungen Niere/Blase	<input type="checkbox"/> Welche? _____
Gynäkologische Probleme	<input type="checkbox"/> Welche? _____
Menstruation regelmäßig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/>
Gelenkstörungen	<input type="checkbox"/> große Gelenke (Schulter, Hüfte) <input type="checkbox"/> kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)
Kälte- o. Wärmeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>

### Ernährung

Was essen Sie?	<input type="checkbox"/> Fleisch/Wurst <input type="checkbox"/> Milchprodukte <input type="checkbox"/> Mehlspeisen <input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Gemischt  <b>Lieblingsspeise:</b> _____ Anzahl _____ <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <b>Lieblingsgetränk:</b> _____ Liter _____ <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <b>Heißhunger auf:</b> _____ Anzahl _____ <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat Wie viel trinken Sie pro Tag (Liter)? _____
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Genussmittel

#### regelmäßig...

<input type="checkbox"/> Alkohol	Bier/Anzahl/Tag: _____ Wein/Tag: 0,25l – 0,50l – 0,75l – 1,0l – mehr: _____l Sonstiges: _____ Menge/Tag: _____
<input type="checkbox"/> Kaffee	Tassen/Tag: _____
<input type="checkbox"/> Zigaretten	Anzahl/Tag: _____
<input type="checkbox"/> Schokolade	Tafel/Woche: _____
<input type="checkbox"/> Fernsehen/PC	Stunden/Tag: _____

### Sonstiges

Praxis für ganzheitliche Zahnmedizin  
ZÄ Tatjana Abel-Miloseska

Tel: 06204-77969  
Fax: 06204-9145228

www.zahnarzt-viernheim.de  
info@zahnarzt-viernheim.de

<input type="checkbox"/> Haustiere	
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalte	
<input type="checkbox"/> Piercings <input type="checkbox"/> Tattoos	Art des Piercings:

**Lebenssituation**

ledig	<input type="checkbox"/>
geschieden	seit: _____
getrennt	seit: _____
verwitwet	seit: _____
verheiratet	seit: _____
mit Partner zusammenlebend	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kinder:	
Alter der Kinder:	
Berufliche Betätigung:	<hr/> <input type="checkbox"/> überwiegend sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> gemischt <input type="checkbox"/> Stress
Sportbetätigung:	<hr/> Wie oft/Woche? _____
Welche Arzneimittel werden z.Zt. eingenommen (bitte Namen der Präparate und wofür)	
Welche Impfungen wurden bei Ihnen durchgeführt?	

**Von welchen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten etc. sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt worden?**

*(bitte unbedingt angeben: Fachrichtung, Name, Straße, Ort, ggf. Telefon)*

---

---

---

---

---

---

**Bitte legen Sie dem Anamnesebogen in Kopie bei:**

- **Liste der bisher verwendeten Zahnmaterialien**
- **Allergiepass**
- **Röntgenbilder im Original- wenn die Bilder digital vorliegen bitte auf USB-Stick oder per e-Mail**
- **Sonstige ärztliche Diagnosen**

Für diese Unterlagen besteht Urheberrecht. Sie dürfen nur für den angegebenen Zweck verwendet werden.