

Anamnesebogen

Sehr geehrte, liebe Patienten!

Aufgrund der sehr großen Nachfrage nach dem von uns entwickelten metallfreien Zirkonoxid - Implantat 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 bis zu 2,5 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 zurücksenden.

Weiterhin benötigen wir eine aktuelle (max. 3 Monate alte) **Panoramaröntgenaufnahme**, die Sie bitte entweder bei Ihrem Hauszahnarzt anfordern oder selbstverständlich in unser Klinik anfertigen lassen.

Sobald diese Unterlagen bei uns eingegangen sind, erhalten Sie innerhalb weniger Tage einen Anruf oder eine Mail zur Termin-Vorreservierung und die Höhe der Anzahlung für diesen ersten Termin mitgeteilt. Diese Anzahlung muss bis spätestens 14 Tage vor dem Termin bei uns eingegangen sein, da wir die Vorreservierung andernfalls löschen und den Termin weitervergeben müssen.

Bitte sehen Sie von Anrufen vor Eingang dieser Unterlagen bei uns ab – unser Büro ist stark überlastet!

Dafür stehen wir am vereinbarten Erstuntersuchungstermin für die geplante Zeit ganz zu Ihrer Verfügung:

- kurzes Anamnesegespräch anhand des vorliegenden Fragebogens
- Meridiananamnese
- Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- Vitalitätsprobe aller Zähne
- Mundstrommessung (falls Metalle vorhanden)
- Störfeld-Analyse und -Diagnose
- Fotografische Dokumentation aller Zähne
- Kurze Funktionsuntersuchung (Kiefergelenk)
- Besprechung der Ergebnisse und Erstellung eines Therapieplanes mit Vereinbarung der ersten Termine, wenn nötig
- ca. 14 Tage später erhalten Sie einen 3-6 seitigen Befund-, Diagnose- und Therapieplan mit Röntgen, Fotos, Strommessung, Meridianbefund usw. und Kostenübersicht.

Entsprechend Ihrer individuellen Situation variieren die o.a. Komponenten und erfordern einen Zeitaufwand von 1 bis 2,5 Stunden. Die Kosten betragen pro Std. / € 200 und werden Ihnen bei Terminvergabe mitgeteilt.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit,
Ihr Tagesklinik Team**

Und hier nun die Fragen:

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

AKUTE BESCHWERDEN: sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden, wo genau, wie, wann, welcher Auslöser und 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?

Verursacht das Kiefergelenk Knack-, Knirsch- oder Reibegeräusche? Wenn ja, auf welcher Seite?

Tagesklinik Dr. Volz & Dr. Scholz

Partnerschaftsgesellschaft
Zahnärzte

Sind Sie gut verzahnt, oder müssen Sie Ihre Bissposition suchen?

Bemerken Sie eine Bewegungseinschränkung bei Öffnung oder Seitwärtsbewegung?

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

Beschreiben Sie die Schmerz-Qualität:

Leiden Sie unter Beschwerden der Halswirbelsäule, Nacken, Schulter? Wenn ja, auf welcher Seite und wie stark/oft?

Leiden Sie unter chronischen Ohrenentzündungen, Ohrenscherzen, Tinnitus, Ohrgeräuschen, Klingeln, Rauschen, Pfeifen?

Augen: starke Sehverschlechterung, Augenüberdruck, Netzhautablösung, Hornhautverkrümmung?

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

Kieferorthopädische Behandlung?

GEMEINANAMNESE: 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:

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

Störungen bzw. Erkrankungen der Schilddrüse, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?

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

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

Tagesklinik Dr. Volz & Dr. Scholz

Partnerschaftsgesellschaft
Zahnärzte

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?

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

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

Bitte senden Sie uns diesen Plan per Post an

**Tagesklinik Dr. Volz & Dr. Scholz
Partnerschaftsgesellschaft
Zahnärzte
Lohnerhofstr. 2
D-78467 Konstanz**

oder per Fax an
+49 7531 99 16 04

oder per Mail an
info@zahnklinik.de

Bitte geben Sie uns Ihre vollständigen Adressangaben in Druckschrift an, damit wir Sie zuverlässig kontaktieren können:

Vor- und Zuname:

Geb.-Datum

Strasse Nr.

Land Postleitzahl Stadt

E-Mail-Adresse (unbedingt angeben)

Telefon Büro

Telefon Privat

Handy

Fax

Beruf

Arbeitgeber

Versicherung (Kasse, privat, Selbstzahler)

Mitglied (falls nicht selbst versichert)

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Unsere Behandlungskosten werden von den GESETZLICHEN KRANKENKASSEN nicht übernommen.

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

Dürfen wir Ihnen helfen Ihre Zähne zu erhalten?

Dann erinnern wir Sie kostenlos und unverbindlich an Ihren nächsten Prophylaxetermin.

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung:

Volksbank Überlingen • BLZ 690 618 00 • Kto 606 75 06

IBAN: DE13 6906 1800 0006 0675 06

BIC : GENODE61UBE

PostFinance (für Schweizer Patienten) Kto 91-234948-3