ZAHNARZT ZOTZMANN

ZENTRUM FÜR BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

- **Digitales Panorama-Röntgenbild (OPG)** (falls kein aktuelles vorhanden ist, fertigen wir für Sie ein neues an)
- Ihren **Vitamin D3- (ng/ml)** und Ihren **LDL- (g/l)-Wert** (vom Hausarzt ermitteln lassen)
- Unseren vollständig ausgefüllten **Fragebogen** (siehe Folgeseiten)

Ihre Erstuntersuchung ist kostenpflichtig und beinhaltet eine klinische, röntgenologische und ganzheitliche Befundaufnahme (Digitale Volumentomographie (DVT), Meridian-Anamnese, Störfeld-Analyse und -Diagnose) und eine Besprechung der Ergebnisse. Auf dieser Basis erstellen wir einen detaillierter Diagnose- und Therapieplan incl. Kostenübersicht für Sie.

Um eine umfassende Planung und Diagnostik in Ihrem Sinne zu erstellen, benötigen wir eine sog. Digitale Volumentomographie (DVT), also eine dreidimensionale Röntgenaufnahme Ihrer Kiefer und Zähne. Die Kosten für dieses DVT belaufen sich auf ca. 240,00 Euro.

Entsprechend Ihrer individuellen Situation erfordert Ihre Beratung einen Zeitaufwand von etwa einer Dreiviertel bis zu einer Stunde. Die Kosten für diese Beratung werden beim Zustandekommen einer Behandlung/Therapie erlassen und belaufen sich auf ca. 250,00 Euro.

*****

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

_____ _____

(Datum) (Unterschrift)

Falls Sie weitere Fragen haben, senden Sie uns bitte eine Email an **info@zahnarzt-zotzmann.de** oder rufen uns unter **+49 (0)7433 5811** an.

ZAHNARZT ZOTZMANN

ZENTRUM FÜR BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:
geb. am:
Geburtsort: _____
Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:
Pflichtversichert? **ja [ ] nein [ ]**
Freiwillig versichert? **ja [ ] nein [ ]**
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? **ja [ ] nein [ ]**
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja [ ] nein [ ]**

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:
Standardtarif? **ja [ ] nein [ ]**
Basistarif? **ja [ ] nein [ ]**
Studentisch versichert? **ja [ ] nein [ ]**
Beihilfeberechtigt? **ja [ ] nein [ ]**

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail-Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
_____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____
_____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja [ ] nein [ ]**

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? **[ ] telefonisch [ ] schriftlich [ ] per E-Mail**

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. _____ Zeit: 1. _____
2. _____ 2. _____
3. _____ 3. _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

ZAHNARZT ZOTZMANN

ZENTRUM FÜR BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

Patient: _____

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja [ ]	nein [ ]
Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

_____

Allergien	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

_____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

Nehmen oder nahmen Sie Biophosphonate?	ja [ ]	nein [ ]
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	ja [ ]	nein [ ]
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	ja [ ]	nein [ ]
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	ja [ ]	nein [ ]
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, bei welchen?

_____

Sind Sie Raucher?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

_____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja [ ]	nein [ ]

ZAHNARZT ZOTZMANN

ZENTRUM FÜR BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

Patient:

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Benötigter Zahnersatz/Implantate	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges

Zweite Meinung	ja [ ]	nein [ ]

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Weiße Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Veneers	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Ernährungsfragen	ja [ ]	nein [ ]
Laserbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
"Feste Zähne an einem Tag"	ja [ ]	nein [ ]
Implantate / Implantatversorgung	ja [ ]	nein [ ]
Knochenaufbau	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges

ZAHNARZT ZOTZMANN

ZENTRUM FÜR BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

Patient: Seite 3

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum Unterschrift _____