

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. **Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.**

Patient:
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied:
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

Anschrift:
Postleitzahl Ort Straße Telefon Nr.

Arbeitgeber:
Telefon Nr.

Beruf:

		Bitte ausfüllen oder an ankreuzen	
		ja	nein
Behandelnder Arzt z. Z. in Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelnder Homöopath/Heilpraktiker z. Z. in Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelnder Krankengymnast z. Z. in Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzerkrankungen: Herzschwäche/unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ja nein
 Angina pectoris/Zustand nach Herzinfarkt ja nein

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck/zu niedriger Blutdruck ja nein
 Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z. B. Marcumar) ja nein
 Neigung zur Thrombose (Venenentzündungen)..... ja nein

Wirbelsäulen- Rheuma/Arthritis/Arthrose ja nein

Gelenkerkrankungen: Kiefergelenksprobleme ja nein

Vegetative Erkrankungen: Kopfschmerz/Migräne ja nein
 Ohnmachtsanfälle/häufiges Unwohlsein/Aufwallungen ja nein
 Nehmen Sie Tranquillizer/Beruhigungsmittel (Valium, Librium o. ä.) ja nein
 Sonstiges (z. B. Drogen) Rauchen

Erkrankungen des Epileptiforme Anfälle/ Krämpfe/Zittern (Tremor) ja nein

Nervensystems: Sonstiges ja nein

Stoffwechselerkrankungen: Diabetes (Zucker) ja nein
 Magen-Darmerkrankungen/Verdauungsstörungen ja nein
 Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 Hormonelle Erkrankungen/Gynäkologische Unregelmäßigkeiten ja nein
 Lebererkrankungen/Gallenblase ja nein
 Nierenerkrankungen/Blase/Prostata/Unterleib ja nein
 Lungenerkrankungen (z. B. Asthma/TBC) ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie), Blutarmut, Anämie ja nein

Hauterkrankungen: Ekzeme/Neurodermitis/Psoriasis ja nein

Allergien: Penicillin-Überempfindlichkeit – Antibiotika ja nein
 Unverträglichkeit von Schmerzmitteln ja nein
 Sonstiges (z. B. Metalle, Lebensmittel, Heuschnupfen) ja nein

Infektionskrankheiten: (z. B. Tbc, Hepatitis, Aids) ja nein
 Neigung zu Erkältungskrankheiten/Halsschmerzen ja nein
 Erkrankung der Nasennebenhöhlen/Ohren ja nein

Sind Sie frisch operiert: Wo: ja nein

Tumor-Erkrankungen: Seit wann: ja nein

Angaben über Einnahme von Medikamenten: (auch unregelmäßig)

Naturheilkundliche, Homöopathische Mittel

Narben Wo Narbenentstörung

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt: Zähne: Sonstiges: ja nein

(Bei Frauen) Sind Sie schwanger? (Welcher Monat) ja nein

Einnahme der „Pille“? naturidentische Hormone

Wünschen Sie, auch „beim Bohren“ mit örtlicher Betäubung behandelt zu werden? ja nein

**Weshalb erscheinen Sie zur Untersuchung/Beratung?:
Was erwarten Sie?**

- 1. Routine/Kontrolle (KVK-Standarduntersuchung = 01 / ohne Zusatzkosten)
- 2. Zahnersatzversorgung Herd – Störfeld – Suche
- 3. Zahnfleisch (Parodontal) - Behandlung
- 4. Kieferorthopädische Therapie Kieferorthopädische Beratung
- 5. Homöopathische zahnmedizinische Beratung und/oder Therapie
- 6. Amalgamsanierung und Entgiftung durch getestete Medikamente und Materialien
- 7. Kiefergelenksbehandlung adjustierte Schienentherapie nach Pinkham/ Stute
 Regenerative Krankengymnastik nach Cross
- 8. Schmerzproblematik

Derzeitige Beschwerden (seit wann und welcher Art):

- 9. Strom- und Spannungsmessung Keramik-Implantate (metallfrei) Standard (Titan)
- 10. Vollkeramik-Versorgung (Zahnersatz) – Metallfrei-Zirkonium
- 11.

Ich bitte um Beachtung für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen:

Homöopathische und Herd-Störfeldberatungen/Therapien sowie Beratungen, Therapien und Testungen zu Schmerzzuständen, Implantaten, über Amalgam, Zahnersatz-Materialien, Füllungs-Materialien, tote Zähne, Auswirkungen auf vorliegende Erkrankungen, Auswertungen mitgebrachter Röntgenaufnahmen und von Untersuchungsergebnissen , Ästhetische Beratungen , Adjustierte Schienentherapie und Regenerative Krankengymnastik nach Cross usw. müssen **privat** in Rechnung gestellt werden. Ästhetische Beratungen umfassen das Bleaching (Zahn aufhellen) , Aufkleben von Keramikschalen (Veneers , Lumineers) und die Regulierung von Zahnfehlstellungen durch herausnehmbare durchsichtige Schienen (Harmonieschiene)

Die Berechnungsbasis ist der Kostenstundensatz der Zahnärztekammer-Westfalen Lippe (z.Zt. 220,00 €).

Je begonnene 15 min., d.h.	bis 15 min	- 50,00 €
	16 - 30 min	- 100,00 €
	31 - 45 min	- 150,00 €
	46 - 60 min	- 220,00 €

Kenntnisnahme und Einverständniserklärung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Das **Ersetzen** von Amalgamfüllungen im Seitenzahnbereich durch Kunststoff- oder Zementfüllungen kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden (nur bei vorliegender Kostenübernahmebescheinigung der Krankenkasse und/oder Unverträglichkeitsbestätigung durch Hautarzt/Allergologen), ebenso wenig das Einbringen dentinadhäsiv befestigter zahnfarbener Kunststoff-/Keramikfüllungen im Seitenzahnbereich oder Goldfüllungen (Inlays).

Die Berechnung erfolgt nach **GOZ** (Gebührenordnung für Zahnärzte). Es erfolgt ein gesonderter Kostenvoranschlag **nur nach Absprache**, der nach GOZ extra in Rechnung gestellt wird.

Kenntnisnahme und Einverständniserklärung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich erkläre, als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, die Abrechnung der zahnärztlichen Behandlung nach dem Prinzip der Kostenerstattung (§ 13 S GBV) vornehmen zulassen (nicht über Krankenversicherungskarte) und erhalte eine Privatrechnung nach GOZ.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin an einer langfristigen Gesunderhaltung meiner Zähne interessiert und wünsche, über vorbeugende Maßnahmen und Möglichkeiten der Krankheitsvermeidung informiert zu werden (**Individualprophylaxe, Zahnreinigung, Parodontosevorbeugung**).

Datum: _____ Unterschrift: _____