

## Praxis für ganzheitliche Zahnmedizin Dr. Jutta Schreiber

Kaiserstr. 10 – 85579 Neubiberg – Tel: 089-6888858 – praxis@schreiber-team.de

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. Jutta Schreiber

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:
Mobiltelefon:	E-Mail:
Name der Kasse:	Name des Mitgliedes, Geburtsdatum
Unsere Praxis wurde empfohlen von:	

#### Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, mit 80 € pro Stunde berechnen müssen.

Wünschen Sie in unsere Recall-Kartei (Terminerinnerung) aufgenommen zu werden, **ja / nein** und sind mit der digitalen Kommunikation einverstanden?

*Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.*

Unser modernes Praxiskonzept bietet Ihnen u.a. Störfeldtestungen, Bioresonanztherapie, Mundakupunktur, Matrix-Therapie, Homöopathie u.v.a. an.

Diese Therapieformen werden in der Regel nicht von den gesetzlichen und privaten Kassen übernommen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit unserem Therapiekonzept einverstanden sind.

Datum, Unterschrift

## Anamnesebogen

<p><b><u>Ärztliche oder Heilpraktiker Behandlung:</u></b>                  Stehen Sie zurzeit in ärztl. Behandlung?                   Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?</p>	<p><b><u>Facharzt/Hausarzt/Heilpraktiker:</u></b>                  Name/Adresse/Telefon</p>
<p><b><u>Medikamente:</u></b>                  Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?</p>	<p><b><u>Allergien:</u></b>                  Gegen welches Material, Medikament, Gewürz o.ä. besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?</p>
<p>Nehmen/nahmen Sie Ritalin ein?                  Wenn ja wie lange?</p>	<p>Besitzen Sie einen Allergiepass?</p>
<p><b><u>Herzerkrankungen:</u></b>                  Herzschwäche (Insuffizienz)?                  Unregelmäßiger Herzschlag?                  Angina pectoris?                  Zustand nach Herzinfarkt?                  Herzschrittmacher?                  Herzfehler/ Klappenersatz?                  Endokarditis?</p>	<p><b><u>Kreislaufkrankungen:</u></b>                  Zu hoher Blutdruck?                  Zu niedriger Blutdruck?                  Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?</p>
<p><b><u>Vegetative Erkrankungen:</u></b>                  Ohnmachtsanfälle?                  Nehmen Sie Aufputsch-od. Beruhigungs-Mittel?</p>	<p><b><u>Erkrankungen des Nervensystems:</u></b>                  Epileptische Anfälle?                  Krämpfe?</p>
<p><b><u>Stoffwechselerkrankungen:</u></b>                  Zuckererkrankung (Diabetes)?                  Magen-Darmerkrankung?                  Schilddrüsenerkrankung?</p>	<p><b><u>Bluterkrankungen:</u></b>                  Blutungsneigung (Hämophilie)?                  Blutarmut (Anämie)?</p>
<p><b><u>Infektionskrankheiten:</u></b>                  Leberentzündung Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?                  Tuberkulose?                  Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten etc.                  Sind Sie HIV positiv?</p>	<p><b><u>Sonstiges:</u></b>                  Nehmen Sie Immunsuppressiva ein?                  Nehmen Sie Bisphosphonate ein?                  Sind Sie an Mukoviszidose erkrankt?                  Wurde bei Ihnen eine Creutzfeld-Jakob-Krankheit o.ä. festgestellt?</p>

<p><b>Zahnästhetik:</b></p> <p>Sind Sie mit Ihrer Zahnästhetik zufrieden?                  Sind Sie mit Farbe und Form zufrieden?                  Haben Sie Lücken die Sie stören?                  Hatten Sie eine kieferorthop. Behandlung?                  Haben Sie Nacken/Kreuzschmerzen?                  Haben Sie Zahnfleischbluten?</p>	<p>Sind Sie Raucher/in?                  Sind Sie ein Kaiserschnittkind?</p>
--	--

Diese Angaben können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden!

Datum, Unterschrift