

## 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**

#### Austestung von Materialien bzw. Medikamenten

Wir therapieren in unserer Praxis mit Bioresonanz und können jedes Medikament und Material welches wir bei Ihnen verwenden, vor der Behandlung auf Verträglichkeit austesten. Diese Messungen werden von der Kasse nicht bezahlt.

Wünschen Sie nähere Informationen?

**ja / nein**

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>          Wurde bereits eine Herduntersuchung bei Ihnen durchgeführt?          Haben Sie Zahnfleischbluten?          Haben Sie Nacken/Kreuzschmerzen?          Hatten Sie eine kieferorth. Behandlung?          Sind Sie mit Ihrer Zahnästhetik zufrieden?          Sind Sie mit Farbe und Form zufrieden?          Haben Sie Lücken die Sie stören?</p>
<p>Nehmen Sie Immunsuppressiva ein?</p>	<p>Nehmen/oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?</p>
<p>Sind Sie an Mukoviszidose erkrankt?</p>	<p>Wurde bei Ihnen eine Creutzfeld-Jakob-Krankheit o.ä. festgestellt?</p>
<p>Sind Sie Raucher/in?</p>	<p>Sind Sie ein Kaiserschnittkind?</p>

Datum, Unterschrift