



# Liebe Patientin, lieber Patient

Um die Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zur Gesundheit sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Gerne können Sie uns dabei vorab über Ihre Wünsche und Fragen informieren. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschliesslich dazu, die Behandlung Ihren individuellen Voraussetzungen und Wünschen anzupassen.

Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zu dem vereinbarten Termin nicht kommen können, spätestens einen Tag vorher. So ist es uns möglich, den freigewordenen Termin anderen Patienten auf der Warteliste zu vergeben und so auch optimal auf Ihre Terminwünsche einzugehen.

Bitte beachten Sie, dass die Erstuntersuchung, die Erstellung der Diagnose-Unterlagen und das anschliessende Beratungsgespräch bis zu 1 ½ Stunden in Anspruch nehmen können. Hierfür können je nach Aufwand Kosten bis zu 350 Euro anfallen. Zur Erstkonsultation bitten wir um eine Bar-Anzahlung in Höhe von 130 Euro. Für eventuell weitere Behandlungsmassnahmen erhalten Sie vorab einen individuellen Heil- und Kostenplan.

---

Datum

Unterschrift Patientin/Patient



# Fragebogen

**Danke, dass Sie sich kurz Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Mit Ihren Angaben können wir Ihre Behandlung besser und schneller auf Ihre Bedürfnisse ausrichten. Darüber hinaus ist Ihr Beitrag eine wichtige Hilfe, damit wir uns verbessern und weiterentwickeln können. Herzlichen Dank für Ihren Beitrag und Ihr Vertrauen, Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.**

## I. Persönliche Daten

Name  Vorname  Geburtsdatum

Strasse  Postleitzahl/Wohnort

Telefon privat  Mobil

E-Mail

Hausarzt  Krankenkasse

Zusatzversicherung/beihilfeberechtigt?

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

persönliche Empfehlung  Google  www.familienleben.ch  www.symptome.ch

andere, nämlich:

Unterschrift

Mit welchem allgemeinen Anliegen kommen Sie zu Dentasana?

Vorsorgeuntersuchung  Zahnreinigung  Beschwerden  Zweitmeinung

Ich wünsche eine Beratung über

Zahnstellungskorrektur  metallfreie Füllungen/Kronen/Zahnersatz  Keramik-Implantate

Verbesserung der Ästhetik  den aktuellen Befund und die Perspektiven für mein Kausystem



## II. Zahnmedizinische Anamnese

Im menschlichen Körper ist alles miteinander verbunden. Nichts funktioniert unabhängig. Die Betreuung Ihres Zahn-, Mund- und Kiefersystems erfolgt deshalb in der Ganzheitlichen Zahnmedizin nie losgelöst vom Körper. Und wussten Sie auch, dass sich die Ganzheitliche Zahnmedizin am medizinisch Notwendigen orientiert? Damit wird nachhaltig in Ihre Gesundheit investiert; Folgekosten werden somit vermieden.

Mit welchen detaillierten Anliegen kommen Sie zu Dentasana?

---

	Ja	Nein
Ist Ihnen die Bedeutung der Ganzheitlichen Zahnmedizin bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie dazu weitere Informationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie nähere Details über die schonenden körperverträglichen Behandlungen der Ganzheitlichen Zahnmedizin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie schon längere Zeit Beschwerden an den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihre Kaufunktion und damit Ihr Wohlbefinden beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie gelegentlich einen metallischen Geschmack?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit Mundgeruch konfrontiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beobachten Sie eine Lockerung der Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Seh- und Gehörstörungen für Sie ein Problem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie gehäuftes Auftreten von Kopfschmerzen/migräneartigen Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Verspannungen im Kopf-, Nacken- und Schulterbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie die ästhetische Verbesserung Ihres dentalen Erscheinungsbildes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat sich die Stellung Ihrer Zähne verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommen Sie auf ärztliche/naturheilkundliche Empfehlung zu einer Ganzheitlichen Zahnmedizinischen Abklärung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entzündungen an den Zähnen (auch nicht schmerzhaft) können im Organismus Erkrankungen auslösen; möchten Sie Ihr Kiefersystem dahingehend untersuchen lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche sonstigen allgemeinen Beschwerden beeinträchtigen Ihr Wohlbefinden?		

---



### III. Medizinische Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ja, gegen _____		

	Ja	Nein
Waren Sie vor Kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, aus welchem Grund? _____		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, in welchem Monat? _____		
Waren Sie vor Kurzem oder sind Sie noch in psychologischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>