

## Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!  
Aufgrund der sehr großen Nachfrage nach dem von uns entwickelten metallfreien Zirkonoxid - Implantat ist es uns nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich, neue Patienten aufzunehmen.

Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.

Wir können dadurch den Zeitaufwand für den Erstuntersuchungstermin (der ca. 2 Std. erfordern kann), die Dringlichkeit und die Kosten sehr gut einschätzen. Der Vorteil für Sie besteht in einer Ihren Bedürfnissen, Ihren Beschwerden und der Pathologie angepassten Terminvergabe.

Dazu haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet, den Sie uns bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit einer **aktuellen** (maximal 3 Monate alten) **Panoramaröntgenaufnahme** vorab zusenden.

Anschließend werden wir uns telefonisch oder per Mail mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

### Leistungen der Erstuntersuchung: (abhängig von der individuellen Situation können bestimmte Leistungen wefallen)

- Befundaufnahme
- Meridiananamnese
- PA-Status / Taschentiefenmessung
- Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- Vitalitätsprobe aller Zähne
- OroTox Dentalanalyse zur Feststellung des Entzündungsgrads wurzelbehandelter Zähne
- Mundstrommessung (falls Metalle vorhanden)
- Störfeld-Analyse und -Diagnose
- Fotografische Dokumentation aller Zähne
- Kurze Funktionsuntersuchung (Kiefergelenk)
- Besprechung der Ergebnisse und Erstellung eines Therapieplanes mit Vereinbarung der ersten Termine, wenn nötig.
- ca. 14 Tage später erhalten Sie einen 3-6 seitigen Befund-, Diagnose - und Therapieplan mit Röntgen, Fotos, Strommessung, Meridianbefund usw. und Kostenübersicht.

**Bitte beachten Sie, dass wir während der Erstuntersuchung das Beratungsgespräch digital aufzeichnen, um für Sie einen ausführlichen Befund-, Diagnose - Therapieplan erstellen zu können.**

Entsprechend Ihrer individuellen Situation variieren die o.a. Komponenten und erfordern einen Zeitaufwand von ca. 2 Stunden. Die Kosten betragen ca. € 200,- pro Std. und werden nach der gültigen Gebührenordnung abgerechnet. Falls erforderlich werden wir zusätzlich eine digitale Volumentomographie (DVT) anfertigen. Die Kosten hierfür belaufen sich auf ca. € 275,-.

**Die Anzahlung (€ 200,-) für die Erstuntersuchung muss 7 Tage vor dem Termin bei uns eingegangen sein, andernfalls behalten wir uns eine Stornierung des Termins vor. Die Anzahlung wird selbstverständlich mit der Rechnung für die Erstuntersuchung verrechnet.**

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit,  
Ihr Tagesklinik Team**

### Gesundheitsfragen:

ANLIEGEN: bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Zirkonimplantate, Amalgam-Sanierung, Störfeldsanierung, Kontrolle usw.:

---

---

---

---

AKUTE BESCHWERDEN: sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden, wo genau, wie, wann, welcher Auslöser und seit wann:

---

---

---

---

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE: welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt:

---

---

---

---

KIEFERGELENK: Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich?

---

---

---

---

Verursacht das Kiefergelenk Knack-, Knirsch- oder Reibegeräusche? Wenn ja, auf welcher Seite?

---

---

---

---

Sind Sie gut verzahnt, oder müssen Sie Ihre Bissposition suchen?

---

---

Bemerken Sie eine Bewegungseinschränkung bei Öffnung oder Seitwärtsbewegung?

---

---

Leiden Sie chronisch unter Kopfschmerzen oder Migräne – wenn ja, wie oft und in welchem Bereich des Kopfes?

---

---

---

---

Beschreiben Sie die Schmerz-Qualität:

---

---

---

---

Leiden Sie unter Beschwerden der Halswirbelsäule, Nacken, Schulter? Wenn ja, auf welcher Seite und wie stark/oft?

---

---

---

---

Leiden Sie unter chronischen Ohrentzündungen, Ohrenscherzen, Tinnitus, Ohrgeräuschen, Klingeln, Rauschen, Pfeifen?

---

---

---

---

Augen: starke Sehverschlechterung, Augenüberdruck, Netzhautablösung, Hornhautverkrümmung?

---

---

---

---

Kieferorthopädische Behandlung?

---

---

---

---

Hatten Sie jemals einen Ski-, Motorrad-, Autounfall o.ä. mit Halswirbelbeteiligung (Schleudertrauma, Halskrause)?

---

---

---

ALLGEMEINANAMNESE: besteht bei Ihnen eine chron. Allgemeinerkrankung wie z.B. Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis usw. und seit wann?

---

---

---

---

---

GELENKBESCHWERDEN: Leiden Sie unter Schulter-/Armsyndrom, Tennisellbogen, Schmerzen an Knie, Fußgelenk, Hüfte, Bandscheiben usw. und seit wann? Bitte genau beschreiben:

---

---

---

---

---

---

NNH: Leiden Sie unter chronischen Entzündungen der Nasenneben-, Stirn- oder Kieferhöhlen?

---

---

---

---

---

Störungen bzw. Erkrankungen der Schilddrüse, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?

---

---

---

---

---

Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm – bitte genau beschreiben:

---

---

---

---

---

FRAUEN: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

---

---

---

---

---

Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Frauen> Myom, Männer> Prostata)?

---

---

---

Lunge, Bronchien? Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?

---

---

---

Herz-/Kreislaufsystem: abnormer Blutdruck, Herzinsuffizienz, Arrhythmien?

---

---

---

Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen? Gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde?

---

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

---

---

---

Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Wenn ja - wann wurde zuletzt eine professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

---

---

---

Besteht eine Schwangerschaft?

---

---

---

Sehr viele allgemeinesundheitlichen Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen -Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/ Mundbereiches helfen zu können.

**Bitte senden Sie diesen Plan und die Panoramaröntgenaufnahme an:**

Tagesklinik Dr. Volz & Dr. Scholz  
Partnerschaftsgesellschaft  
Zahnärzte  
Lohnerhofstr. 2  
D-78467 Konstanz  
Telefon +49 (0) 7531 99 16 03  
Fax: +49 (0) 7531 99 16 04  
E-Mail: info@zahnklinik.de

**Bitte geben Sie uns Ihre vollständigen Adressangaben in Druckschrift an, damit wir Sie zuverlässig kontaktieren können:**

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Strasse Nr.

Land, Postleitzahl, Stadt

E-Mail-Adresse (unbedingt angeben)

Telefon Büro

Telefon Privat

Handy

Fax

Beruf

Arbeitgeber

Versicherung (Kasse, Privat, Selbstzahler)

Mitglied (falls nicht selbst versichert)

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

**Unsere Behandlungskosten werden von den GESETZLICHEN KRANKENKASSEN nicht erstattet.**

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz von €200 in Rechnung gestellt werden müssen.**

Ort, Datum

Unterschrift

Dürfen wir Ihnen helfen Ihre Zähne zu erhalten?

Dann erinnern wir Sie kostenlos und unverbindlich an Ihren nächsten Prophylaxetermin.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bankverbindung:**

Volksbank Überlingen • BLZ 690 618 00 • Kto 606 75 06  
IBAN: DE13 6906 1800 0006 0675 06  
BIC: GENODE61UBE  
PostFinance Schweiz Kto 91-234948-3