

## Leitfaden für neue Patienten – Zweiter Schritt

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Der erste Schritt ist geschafft. Damit wir Ihre Behandlung möglichst zügig starten können, haben wir für Sie diesen Leitfaden erstellt. Wir möchten Sie bitten, die Schritte in diesem Leitfaden einzuhalten.

- Bitte senden Sie uns einen vollständig ausgefüllten Anamnesebogen (dieses Dokument) per E-Mail oder Post zu.
- Falls schon vorhanden, senden Sie uns bitte den aktuellen Vitamin D3 und LDL Wert zu, sowie in Kopie alle aktuellen Befunde von Laboruntersuchungen (Blut, Urin, Haar-analyse, etc.) und die Kopie eines Allergiepasses, falls vorhanden, zu.

Sobald wir alle Unterlagen vollständig vorliegen haben, werden wir uns innerhalb von zwei Wochen bei Ihnen telefonisch melden. Sie erhalten dann eine erste Einschätzung, welche Behandlung wir Ihnen empfehlen und mit welchem Zeit- und Kostenrahmen Sie etwa kalkulieren sollten. Wenn Sie mit diesem unverbindlichen Vorschlag zu Ihrer Orientierung einverstanden sind, werden die Mitarbeiterinnen mit Ihnen einen Termin vereinbaren.

- Bitte überweisen Sie spätestens 10 Tage vor dem Termin eine Anzahlung von 400 EUR auf das Konto (D oder CH) der Tagesklinik. Wir möchten mit dieser Anzahlung vermeiden, dass vereinbarte Termine nicht eingehalten werden. Sie erhalten im Anschluss an den ersten Termin eine Rechnung nach Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte, mit der die Anzahlung verrechnet wird. Die Kosten für den ersten Termin betragen zwischen 300 und 700 EUR. Zu viel bezahlte Beträge erstatten wir selbstverständlich umgehend zurück.
- Wir werden den Termin vorher nochmals per Telefon oder E-Mail bestätigen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, für die die Anzahlung nicht rechtzeitig eingeht, automatisch stornieren werden.
- Die Tagesklinik Konstanz ist eine Privatpraxis. Wir rechnen NICHT mit gesetzlichen Krankenkassen ab. Die Kosten für den ersten Termin werden in vielen Fällen nicht vollständig von deutschen privaten Versicherungen übernommen. Diese Versicherungen stellen meist die medizinische Notwendigkeit in Frage. Wir haben aus der Erfahrung von 20 Jahren ein biologisches Behandlungskonzept entwickelt, von dessen positiven Ergebnissen wir überzeugt sind. Wir sehen täglich die Verbesserungen des Gesundheitszustandes von Menschen, die wir in unserer Klinik behandeln. Wirtschaftliche Erwägungen privater Versicherungen haben keinen Einfluss auf die Maßnahmen, die wir durchführen und für gut und richtig halten.
- Beim Ersttermin werden wir, wenn noch nicht vorhanden, ein dreidimensionales Röntgenbild anfertigen. Dies ist fast immer notwendig, um mögliche Entzündungen und Fremdkörper im Kieferknochen exakt und zuverlässig diagnostizieren zu können. Wir fertigen die Bilder bevorzugt in dem in der Tagesklinik vorhandenen System vor Ort an, weil wir mit diesem durch die langjährige Erfahrung die besten Ergebnisse in Diagnostik und Therapie erzielen. Wir werden weiterhin Abformungen und Fotos von den vorhandenen Zähnen und Kiefern erstellen. Darüber hinaus erfolgt eine eingehende klinische Untersuchung.
- Anschließend wird eine professionelle Zahnreinigung durch spezialisierte Mitarbeiterinnen durchgeführt. Dabei wird auch der exakte Zustand des Zahnhalteapparates dokumentiert. Dieser Schritt ist wichtig und eine wesentliche Grundlage für unsere Therapieentscheidungen.

- Zum Abschluss werden wir an Hand Ihres Röntgenbildes unseren Behandlungsvorschlag Schritt für Schritt erklären und den provisorischen (und noch unverbindlichen) Zeit- und Kostenrahmen überprüfen und ggfs. korrigieren.
- Nach 2-3 Wochen erhalten Sie von uns eine verbindliche Aufstellung der Kosten und einen aktualisierten Behandlungsablauf. Wir können mit der Behandlung beginnen, sobald wir einen unterschriebenen Behandlungs- und Kostenplan von Ihnen erhalten haben.

## Anamnese

### I. Persönliche Angaben

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

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum und Ort

Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit dem oben genannten Anmeldeverfahren einverstanden und bestätigen die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

### II. Fragen zur Gesundheit

Zahnmedizinischen Fragen

Sind Beschwerden / Schmerzen im Zahn- und Kieferbereich vorhanden? O Ja O Nein  
Wenn ja, wo und seit wann, beschreiben Sie bitte die Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen im Zahn- und Kieferbereich durchgeführt? O Ja O Nein  
Wenn ja, wo und seit wann, beschreiben Sie bitte die Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Allgemeinmedizinische Fragen

Bestehen Erkrankungen bzw. wurden bei Ihnen ärztlich festgestellt?  Ja  Nein  
Wenn ja, durch wen festgestellt und seit wann? Beschreiben Sie bitte die Beschwerden, geben Sie bitte auf eine Skala von 0-10 an, wie starke die Beschwerden aktuell sind (0 = keine Beschwerden, 10 = stärkste Beschwerden).

---

---

---

---

---

Wurden Sie schon einmal operiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte geben Sie an, an welchem Organ und wann. Gab es Komplikationen?

---

---

---

---

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  Ja  Nein  
Wenn ja, beschreiben Sie bitte auf eine Skala von 0-10 an, wie stark die Allergien sind (0 = keine Beschwerden, 10 = stärkste Beschwerden).

---

---

---

---

Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren regelmäßig Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel o.ä.? Nehmen Sie zurzeit Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---

---

---

---

Für Frauen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

### III. Fragen zu Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, Zigaretten / Zigarren, wieviel, Ex-Raucher seit?

---

---

Sind oder waren Sie in Ihrem Beruf besonderen Belastungen (physisch, psychisch, Strahlung, Giftstoffe, Chemikalien, Laserdrucker)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welchen?

---

---

Wurden Sie geimpft?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Impfungen, wann?

---

---

Treiben Sie Sport? O Ja O Nein  
Wenn ja, beschreiben Sie bitte welchen, wie regelmäßig?

---

---

---

Benutzen Sie nicht biologische Körperpflegemittel? O Ja O Nein  
Wenn ja, welche?

---

---

---

Nutzen Sie ein Mobiltelefon, eine DECT (schnurlos) Telefon, WLAN, Bluetooth, TV, O Ja O Nein  
Computer? Wenn ja, wie viele Stunden am Tag?

- Mobiltelefon empfangsbereit:
- DECT:
- WLAN / Bluetooth:
- TV:
- Computer:

Haben Sie zu Hause eine Netzfreeschaltung? O Ja O Nein

Nehmen Sie regelmäßig Milchprodukte oder Getreideprodukte zu sich? O Ja O Nein  
Wenn ja, welche, wie häufig?

---

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Zucker, Zucker-haltige Getränke (Limonaden, Schorlen), O Ja O Nein  
Fertigessen, Lebensmittel aus Konserven- und Dosen zu sich?  
Wenn ja, welche, wie häufig?

---

---

---

Essen Sie regelmäßig Fleisch oder Fisch? O Ja O Nein  
Wenn ja, was, wie häufig?

---

---

---

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? O Ja O Nein  
Wenn ja, welchen, wie häufig?

---

---

---

Wie hoch in Prozent ist der Anteil frisch zubereiteter Speisen in Ihrer Ernährung? \_\_\_\_\_ %

Wie hoch in Prozent ist der Anteil von Rohkost (einschl. Smoothies)? \_\_\_\_\_ %

#### IV. Fragen zur Lebensqualität

In meinem derzeitigen Lebensumfeld fühle ich mich wohl.  
Wenn nein, warum nicht?

Ja  Nein

---

---

---

---

Wie viele Stunden pro Nacht schlafen Sie?

\_\_\_\_ Stunden

Empfinden Sie Ihren Schlaf als erholsam?

Ja  Nein

Fühlen Sie sich tagsüber häufig müde?

Ja  Nein

#### V. Fast geschafft!

Dürfen wir Ihnen helfen, Ihre Zähne zu erhalten? Dann erinnern wir Sie kostenlos und unverbindlich an den nächsten Prophylaxetermin.

Ja  Nein

Dürfen wir Ihnen kostenlos und unverbindlich unseren Newsletter per E-Mail zusenden? Sie können den Newsletter jederzeit wieder abbestellen, der Newsletter erscheint maximal 4x pro Jahr.

Ja  Nein

#### VI. Unterschriften

Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit dem oben genannten Anmeldeverfahren einverstanden und bestätigen die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

#### Datenschutz

Mit der Unterschrift erklären Sie, dass Sie die Datenschutzerklärung der Tagesklinik Konstanz (aktuelle Version 3.0) erhalten, gelesen und verstanden haben und damit einverstanden sind. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung. Sie können sich jederzeit bei einer Datenschutzbehörde beschweren, das kann z.B. bei der zuständigen Datenschutzbehörde in Baden-Württemberg sein.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Unsere Bankverbindungen:

Volksbank Konstanz

BLZ: 6929 1000

Kto: 0225 6541 23

IBAN: DE13 6929 1000 0225 6541 23

BIC: GENODE61RAD

PostFinance Schweiz

**(Euro-Konto!)**

Konto 91-416372-4

IBAN: CH82 0900 0000 9141 6372 4

BIC: POFICHBEXXX

Version 16.0

© Tagesklinik Konstanz Dr. Holger Scholz 2016  
Lohnerhofstr. 2, 78467 Konstanz  
[www.tagesklinik-konstanz.de](http://www.tagesklinik-konstanz.de)

