

## Sehr geehrte Patienten,

aufgrund der sehr großen Nachfrage nach der Biologischen Zahnheilkunde und der Versorgung mit Keramikimplantaten 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\*:

- 🌿 Untersuchung des gesamten Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- 🌿 Digitale Röntgenanalyse beinhaltet OPG und ggf. DVT
- 🌿 Fotografische Dokumentation aller Zähne
- 🌿 Störfelddiagnostik mittels EAV und RAC
- 🌿 Vitalitätsprobe aller Zähne
- 🌿 Befundaufnahme / Meridiananamnese
- 🌿 PA-Status / Taschentiefenmessung
- 🌿 Kurze Funktionsuntersuchung (Kiefergelenk)
- 🌿 Störfeldanalyse und ggf. Neuraltherapie an den wurzelbehandelten Zähnen
- 🌿 Besprechung der Ergebnisse und Erstellung eines Therapieplans

\*(abhängig von der individuellen Situation können bestimmte Leistungen entfallen)

Einige Tage später erhalten Sie auf Wunsch einen Heil- und Kostenplan mit einer ausführlichen maximal geschätzten Kostenübersicht.

Entsprechend Ihrer individuellen Situation variieren die o.a. Komponenten und erfordern einen Zeitaufwand von ca. 1-2 Stunden.

Die Kosten betragen ca. 200€ pro Stunde und werden nach der gültigen Gebührenordnung abgerechnet. Falls erforderlich werden wir zusätzlich eine digitale Volumentomographie (DVT= 3D- Aufnahme) anfertigen. Die Kosten hierfür belaufen sich auf ca. € 250,-.

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

Bitte senden Sie diesen Bogen und die Panoramaröntgenaufnahme an:

Zahnarztpraxis:

**D-TOX Zahnzentrum**  
**Salinstraße 11 A**  
**D-83022 Rosenheim**

Telefon +49 (0) 8031 796 727-0

Fax: +49 (0) 8031 796 727-7

Email: info@d-tox.dental

UniCredit Bank - HypoVereinsbank  
IBAN DE12 7112 0077 0015 9876 00  
BIC HYVEDEMM448

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass nicht eingehaltene Ersttermine bei Dr. Prein - mit einer Dauer von 1,5 h - die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, mit € 200,- in Rechnung gestellt werden (§615 BGB).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Praxis für biologische Zahnheilkunde und Keramikimplantate | **d-tox Zahnzentrum**

**Sehr geehrte Patienten,**

sehr viele allgemeingesundheitlichen 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.

**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.**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Telefonnummer

Postleitzahl und Wohnort

**Versicherter (falls abweichend)**


Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Telefonnummer

Postleitzahl und Wohnort

**Ja    Nein**
**Krankenkasse:**


 Besteht eine Zusatzversicherung?  

Beruf und Arbeitgeber:

Ihre E-Mail-Adresse:

**Ja**
**Nein**



Asthma, Bronchitis



Osteoporose



Zuckerkrankheit



HIV-Infektion



Blutgerinnungsstörung



Hepatitis A/B/C



Herzinfarkt



Störung v. Magen/Darm



Schlaganfall



 Entzündung der Nasen-  
nebenhöhlen



Nehmen Sie Marcumar?



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?




 Allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien?  
 Wenn ja, welche?




 Rauchen Sie?  
 Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Wer ist ihr behandelnder Hausarzt?

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:

**Für Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- Internet  
 Zeitschrift

Empfehlung durch (wenn möglich mit Namen und Adresse)

**Anliegen:**

Bitte schildern Sie kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Implantate, Amalgam-Sanierung, Kontrolle, usw.

**Akute Beschwerden:**

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden? Wenn ja, seit wann?

**Zahnärztliche Anamnese:**

**Kiefergelenk:**

Leiden Sie unter Beschwerden und Schmerzen im Kiefergelenksbereich (Knacken, Knirschen)?

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

**Gefahren durch Amalgam und Metalle im Mund:**

Wünschen Sie Informationen zu Risiken von Amalgam und Metallen im Mund?  Ja  Nein

**Bitte senden Sie diesen Plan vor Ihrem 1. Termin, möglichst zusammen mit dem OPG, an unsere Praxis zurück (siehe Kontaktdaten Seite 1/3).**

Informieren Sie uns rechtzeitig (spätestens 48 Std. vorher), wenn Sie einen Termin nicht einhalten können.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung an Dritte weitergegeben werden. Ich entbinde den Zahnarzt hierfür von seiner Schweigepflicht.**

Ich erkläre mich einverstanden, Informationen über Neuigkeiten und Veranstaltungen der Praxis per E-Mail zu empfangen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter