

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 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) Panorama-Röntgenaufnahme 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 im Fragebogen 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 den Fragebogen 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](mailto: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

Telefonnummer

Postleitzahl und Wohnort

**Versicherter**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Telefonnummer

Postleitzahl und Wohnort

Krankenkasse

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

Ja

Nein

Beruf und Arbeitgeber:

Ihre E-Mail-Adresse:

**Haben / hatten sie eine der folgenden Krankheiten?**

Ja

Nein

Asthma, Bronchitis  
Zuckerkrankheit  
Blutgerinnungsstörung  
Herzinfarkt  
Schlaganfall  
Nehmen Sie Marcumar?

Ja

Nein

Osteoporose  
HIV-Infektion  
Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)  
Störung von Magen/Darm  
Entzündung der  
Nasennebenhöhlen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?



Gibt es allergische Reaktionen/Unverträglichkeit auf Medikament bzw. Materialien?



Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, unter welchen und wie lange schon?

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:

Wie ist Ihr Corona-Impfstatus: Sind Sie vollständig geimpft?  Ja  Nein

Bitte um Details (Genesen, Geimpft, Geboostert):

**Für Frauen:**

Ja  Nein      Besteht eine Schwangerschaft?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch:      Internet       Empfehlung durch (wenn möglich, bitte Name/Adresse):  
   Zeitschrift      

**Ihr Anliegen (bitte auswählen und kurz beschreiben):**

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Fehlbiss-Korrektur | <input type="checkbox"/> Amalgam-Sanierung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Zahn-Ästhetik      | <input type="checkbox"/> Kontroll-Termin   |

**Akute Beschwerden (Pflichtfeld, max. 200 Zeichen):**

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

**Zahnärztliche Anamnese (Pflichtfeld, max. 200 Zeichen):**

Welche Behandlungen wurden bei Ihnen in den letzten 3-5 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt?

Bei wie vielen Zahnärzten waren Sie wegen Ihren anhaltenden Beschwerden in den letzten 10 Jahren in Behandlung?

**Kiefergelenk:**

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

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

**Gefahren durch Amalgam und Metall 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 OPG, an uns zurück!**

Bitte 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 Email zu empfangen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter