

HAUKE HELLRIEGEL
BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

HERZLICH WILLKOMMEN BEI HELLRIEGEL ZAHNMEDIZIN, IHRER PRAXIS FÜR BIOLOGISCHE ZAHNHEILKUNDE UND UMWELTZAHNMEDIZIN.

Wir freuen uns, dass Sie sich für die biologische Zahnheilkunde interessieren und einen Termin in unserer Praxis buchen möchten.

Für einen möglichst reibungslosen Ablauf bitten wir vor Terminvereinbarung um Zusendung der vollständig ausgefüllten Neupatienten-Formulare sowie einer aktuellen Übersichtsröntgenaufnahme (OPG) welche nicht älter als 3 Monate sein sollte. Sofern vorliegend dürfen Sie gerne ergänzende Röntgenaufnahmen einreichen. (Röntgenbilder die älter als 3 Monate aber nicht älter als 1 Jahr sind können mit einer detaillierten Auflistung aller zahnmedizinischer Eingriffe, die nach diesem Röntgenbild erfolgten, akzeptiert werden.)

Nach Eingang und Durchsicht Ihrer Unterlagen setzen wir uns mit Ihnen für die Terminvereinbarung Ihrer Erstuntersuchung in Verbindung. Diese Erstuntersuchung befasst sich mit einer ausführlichen Befunderfassung Ihrer zahnmedizinischen Situation im Hinblick auf Ihre körperliche Gesundheit.

Individuell auf Sie und Ihre Situation abgestimmt kann Sie folgende Leistungen enthalten:

- Besprechung der ausführlichen Anamnese
- zahnärztliche Untersuchung und Befundaufnahme
- Messung des parodontalen Status
- Erstellung eines Fotostatus zur Dokumentation der Zahnsituation
- bei Bedarf: OroTox-Analyse an devitalen Zähnen
- bei Bedarf: Messung Ihrer HRV (Herz-Raten-Variabilität) zur Beurteilung Ihrer Regenerationsfähigkeit.
- bei Bedarf: Neuraltherapie an möglichen dentalen Störfeldern
- bei Bedarf: ART nach Dr. Klinghardt
- bei Bedarf: weiterführende Diagnostik, z.B. Blutuntersuchungen

Die Dauer dieser Erstuntersuchung kann durch Ihre eingereichten Unterlagen genauer bestimmt werden. Sie liegt in der Regel bei 1-2 Std. Die Kosten liegen bei ca. € 200,- bis € 300,- pro Stunde und werden nach der gültigen Gebührenordnung abgerechnet. Gebühr ist am Behandlungstag vor Ort zu bezahlen.

Bitte senden Sie die Unterlagen und das Röntgenbild an :

HELLRIEGEL ZAHNMEDIZIN

Heckstraße 31, 45239 Essen

Tel +49 (0)201 493126

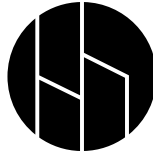
Fax +49 (0)201 4901242

Mail: info@hellriegel-zahnmedizin.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Praxis für biologische Zahnheilkunde und Umweltzahnmedizin.

Hellriegel Zahnmedizin



HAUKE HELLRIEGEL
BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

die biologische Zahnmedizin beschäftigt sich mit der Gesundheit des Mundes im Kontext zu dem allgemeinen Gesundheitsstatus. Allgemeinmedizinische Erkrankungen können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben, aber auch viele allgemeinmedizinische Erkrankungen können im direkten oder indirekten Zusammenhang mit den Zähnen stehen. Hierbei verlaufen chronische Prozesse meist schmerzfrei und unbemerkt.

Um bestmöglich auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können bitten wir Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und **vollständig** auszufüllen. Alle Angaben unterliegen hierbei selbstverständlich der ärztliche Schweigepflicht. Für einen reibungslosen Ablauf übermitteln Sie bitte diesen Fragebogen, sowie vorhandene Röntgenbilder (Denta-CT, DVT, Panorama) und die aktuellsten allgemeinmedizinischen Blutuntersuchungen an uns. Nur ein **vollständig** ausgefüllter Anamnesebogen führt zu weiterer Bearbeitung. Nach dem Absenden des Bogens werden wir uns schnellstmöglichst mit Ihnen in Verbindung setzen.

1 // PERSÖNLICHES

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ	Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit
E-Mail	Beruf	

2 // VERSICHERUNG

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Privatversichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Basis-/Standardtarif (begr. Erstattung)	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler

Wenn Patient und Versicherter nicht identisch sind, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ	Ort

3 // HAUSARZT / HAUSÄRZTIN

Name, Vorname		
Straße, Nr.	PLZ	Ort

4 // GANZHEITLICHE(R) THERAPEUT(IN), HEILPRAKTIKER(IN), SONST. THERAPEUT(IN)

Name, Vorname		
Straße, Nr.	PLZ	Ort



5 // ALLGEMEINE SITUATION

Bitte beschreiben Sie Ihre gesundheitliche Situation. Nehmen Sie sich einen Moment Zeit zum Überlegen. Welche Erkrankungen haben Sie und seit wann? Schreiben Sie Ihre Erkrankungen sorgfältig und vollständig auf. Listen Sie dabei bitte Ihre allgemeinmedizinischen Beschwerden chronologisch auf, wenn möglich mit Monat und Jahresangabe der Erstsymptomatik und/oder der Diagnose.

Beispiele:

Erkrankungen des Herzens, wie Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Blutdruckerkrankungen.

Liegen Blutgerinnungsstörungen vor? Hatten Sie einen Schlaganfall, oder haben Sie sonstige Durchblutungsstörungen?

Haben Sie Erkrankungen von inneren Organen wie Schilddrüse, Niere, Blase, Leber, Galle, Lunge, Magen oder Darm?

Haben Sie Verdauungsprobleme?

Haben Sie Probleme im Bereich der Atemwege wie Asthma, Atemnot, Kurzatmigkeit? Leiden Sie an Erkrankungen der Nebenhöhlen (Nase, Stirn, Kiefer)?

Leiden Sie unter Rheuma oder unter Krankheiten des rheumatischen Formenkreis?

Haben Sie Probleme der Wirbelsäule oder der Gelenke?

Haben Sie Osteoporose, oder sonstige Erkrankungen des Knochensystems?

Haben Sie Depressionen?

Hatten Sie mal einen epileptischen Anfall oder haben Sie Epilepsie?

Haben Sie Infektionskrankheiten wie Hepatitis, TBC oder HIV?

Haben sie Borreliose oder umweltmedizinische Erkrankungen MCS, CFS, o.ä. ?

Haben Sie eine Tumorerkrankung aktuell oder in der Vergangenheit?

Empty grey box for patient response.



Haben Sie weiterführende Diagnostik? (z.B. Blutuntersuchungen, Nährstoffanalytik, Toxinanalytik, Hormonstatus, etc.)

ja nein

Bitte stellen Sie uns diese als PDF Datei an die E-Mailadresse info@hellriegel-zahnmedizin.de zur Verfügung.

Haben sie weitere spezielle Erkrankungen?
Welche und seit wann?

Haben Sie Allergien oder andere Unverträglichkeiten, auch gegenüber Nahrungsmitteln oder Medikamenten? Reagieren Sie z. B. auf Schmuck?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? In welcher Dosierung?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Welche? In welcher Dosierung?



Haben Sie Unfälle gehabt? Wenn ja, welche Körperregionen waren betroffen? ja nein
Wann waren diese Unfälle?

Wurden Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche? ja nein
Wann wurden diese durchgeführt? Wurden Fremdmaterialien wie z.B. Titan eingebracht?

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn Ja, in welchem Monat sind Sie schwanger?

Haben Sie Tattoos? ja nein

Haben Sie Piercings? ja nein

Beschreiben Sie Ihren Energiestatus. Fühlen Sie sich fit, oder eher müde und angestrengt?

Fühlen Sie sich gut und gesund, oder haben Sie das Gefühl krank zu sein?
Wann haben Sie sich das letzte mal gesund gefühlt und warum?

Sonstige Angaben, Bemerkungen oder Krankheiten:



6 // ERNÄHRUNGSFRAGEN

1. Nehmen Sie Zucker und zuckerhaltige Getränke zu sich? Nehmen sie Zuckerersatzstoffe zu sich? Welche? Wie oft? Wie viel? ja nein

2. Nehmen Sie Kuhmilchprodukte zu sich? Welche? Wie oft? Wie viel? ja nein

3. Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte? Welche? Wie oft? Wie viel? ja nein

4. Essen Sie Fleisch oder Wurst? Welche? Wie oft? Wie viel? ja nein

5. Essen Sie Fisch? Welchen? Wie oft? Wie viel? ja nein

6. Wieviel trinken Sie pro Tag und was? Trinken Sie Leitungswasser? Filtern Sie dieses? Was? Wie oft? Wie viel? ja nein



7 // ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Haben Sie akute Zahnschmerzen? Wenn ja, beschreiben Sie bitte in welcher Art und wo? ja nein

Wurden in den letzten drei Jahren zahnärztliche Behandlungen durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche genau? Bitte möglichst genaue Angaben mit Datum und Behandlungsregion/Zahn.

Hatten oder haben Sie Füllungen aus Amalgam? ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Wenn ja, wann und wie häufig?
Wie würden Sie die Intensität beschreiben? ja nein

Leiden Sie unter Kiefergelenksbeschwerden? Schmerzen/Knacken/Knirschen? Welcher Art, wie oft? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur? ja nein

Haben Sie chronische Schmerzen/Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule, Nacken, Schulter?
Was, wann und in welcher Dauer und Frequenz? Wo? ja nein

Leiden Sie unter chronischen Kopfschmerzen/Migräne? Wenn ja, was, wann und in welcher Dauer und Frequenz? Wo? ja nein

Wurden in der Vergangenheit zahnmedizinische Materialien auf Unverträglichkeiten oder Allergien getestet?
Bitte reichen Sie uns die entsprechenden Ergebnisse ein. Wenn ja, welche und wann? ja nein

Möchten Sie, dass Materialien auf Verträglichkeit getestet werden? (Hierdurch entstehen zusätzliche Kosten.) ja nein



8 // LIFESTYLEFRAGEN

1. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? ja nein

2. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche Getränke, wie oft und wie viel? ja nein

3. Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablett) im Durchschnitt?

4. Nutzen Sie zu Hause oder an Ihrer Arbeitsstätte DECT-Telefone (schnurlos)? ja nein

5. Telefonieren Sie mit dem Smartphone am Ohr? Wie viele Minuten täglich? ja nein

6. Wie weit ist der nächste Mobilfunkmast von Ihrem Schlafzimmer entfernt und seit wann?

7. Haben Sie W-Lan zu Hause und schalten Sie es nachts ab? ja nein

8. Haben Sie W-Lan Empfang von umliegenden Gebäuden oder Wohnungen? ja nein

9. Haben Sie einen Netzfreischalter in Ihrer Wohnung? Wo? ja nein

10. Treiben Sie Sport? Welchen? Wie oft? Wie viel? ja nein

11. Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht?

12. Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen?



9 // SONSTIGES

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Zeitung Internet Sonstiges Überweisung durch

Bitte bestätigen Sie nun noch die folgenden drei Punkte, es findet sonst keine weitere Bearbeitung Ihrer Unterlagen statt. Mit der Schaltfläche „Formular absenden“ übermitteln Sie den Anamnesebogen an uns. Vielen Dank.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Daten hiermit Dritte weitergegeben werden. Ich erkläre mich einverstanden das meine Behandlungsdaten und Befunde, sofern im Zuge der Diagnostik und/oder Behandlung notwendig an einen überweisenden oder behandelnden Arzt oder Krankenhaus übermittelt werden darf, sowie bei anderen Ärzten oder Krankenhäusern angefordert werden können, um diese für die Diagnostik und notwendigen Behandlungen zu nutzen. Ich entbinde den Zahnarzt hierfür von seiner Schweigepflicht.

Ich erkläre mich einverstanden
Ort, Datum

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stunden-
satz (nach §615 BGB) von 200 € in Rechnung gestellt werden müssen.

Ich erkläre mich einverstanden
Ort, Datum

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden
beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamen-
ten hervorgerufen werden.

Ich erkläre mich einverstanden
Ort, Datum