

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen bei Dr. Gerstenberg & Team!

Das Konzept **Biologische Zahnmedizin und Keramikimplantate** führt zu starker Terminnachfrage, der wir nur bedingt gerecht werden können.

Daher wollen wir Ihren Ersttermin sorgfältig vorbereiten, um die Zahl der Folgetermine so gering wie möglich zu halten.

Dieser Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit, uns über alle wesentlichen Aspekte Ihres Behandlungswunsches zu informieren. Besondere Beachtung findet bei uns der Zusammenhang zwischen bestehenden Allgemeinerkrankungen und dem Zustand von Zähnen und Kiefer. Es gilt heute als erwiesen, dass vor allem die chronischen aber auch akute Erkrankungen mit dem Zahnsystem in Verbindung stehen und dass Systemerkrankungen immer einen Bezug zum Zahnsystem haben.

Biologische Zahnmedizin ist folglich die Voraussetzung für Genesung und Gesundheitserhaltung.

Bitte senden Sie uns diesen Bogen inklusive einer aktuellen Panoramaröntgenaufnahme der Zähne (nicht älter als 6 Monate) sowie den

aktuellen **VitD3-Spiegel:** (hier einzutragen in ng/ml)  
und den **LDL-Spiegel:** (hier einzutragen in mg/dl)

an die gegebene Anschrift.

**Tipp:** Da Gesundheit ganz wesentlich geprägt ist vom Zustand der Zähne und Kiefer, empfehlen wir, Ihren Ärzten oder Heilpraktikern Ihre Kieferübersichtsaufnahme (Panoramaröntgenaufnahme/OPG) vorzulegen!

Nähre Informationen finden Sie auf unseren Seiten  
[www.dr-gerstenberg.de](http://www.dr-gerstenberg.de) und [implantatcenter-luebeck.de](http://implantatcenter-luebeck.de)

Bei akuten Zahnproblemen oder für schnelle Routineuntersuchungen kontaktieren Sie uns gern direkt unter +49 (0)451 24 39 7.

## Ihre Personalien

---

Vorname

---

Nachname

---

Geb.

---

Straße

---

Ort

---

PLZ

---

Telefon tagsüber

---

Fax

---

Mobil

---

E-Mail

---

Ausgeübter Beruf

---

Arbeitgeber (Adresse, Tel. Nr.)

## MITGLIED (wenn nicht selbst versichert)

---

Vorname

---

Nachname

---

Geb.

---

Straße

---

Ort

---

PLZ

---

Telefon tagsüber

---

Fax

---

Mobil

---

E-Mail

## Versicherung

---

Gesetzlich versichert, Name der Krankenkasse

---

Privat versichert, Name der Krankenkasse

---

Zusatzversicherung, Name der Krankenkasse

pflichtversichert

freiwillig versichert

# Wie sind Sie auf unsere Praxis zuerst aufmerksam geworden?

Liebe Patienten, mit nur einem Kreuz helfen Sie uns, den Service für Sie zu verbessern.  
Vielen Dank.

**Bitte nur einmal ankreuzen.**

<b>Überweisung</b>	<input type="radio"/>	<b>Praxisschild</b>	<input type="radio"/>
durch: _____		<b>Telefonbuch</b>	<input type="radio"/>
<b>Empfehlung von Verwandten oder Bekannten</b>	<input type="radio"/>	<b>Gelbe Seiten print (Buch)</b>	<input type="radio"/>
durch: _____		<b>Gelbe Seiten online</b>	<input type="radio"/>
<b>Empfehlung von Ärzten oder Zahnärzten</b>	<input type="radio"/>	<b>Google</b>	<input type="radio"/>
durch: _____		<b>Bezahlte Anzeige (Google Adwords)</b>	<input type="radio"/>
<b>Sonstiges</b>	<input type="radio"/>	<b>Facebook</b>	<input type="radio"/>
_____		<b>Jameda (Arztbewertungsportal im Internet)</b>	<input type="radio"/>

Sinnvolle zahnärztliche Betreuung erfordert Ihre Mitwirkung!  
Präventivbehandlungen sind also Grundlage eines erfolgreichen Langzeitergebnisses. Daher bieten wir Ihnen an, Sie an Ihre regelmäßigen Präventivtermine (PZE – Professionelle Zahnerhaltungstherapie) zu erinnern.

**Wie möchten Sie von uns an Ihre Zahnflegetermine erinnert werden:**

per E-Mail  telefonisch  postalisch

**Was sind Ihre Erwartungen und Wünsche an uns?**

---

---

---

# Gesundheitsfragebogen

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ja    Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ja    Nein

## Leiden Sie unter:

Kopfschmerzen

 

Schwindel

 

Tinnitus/Hörsturz

 

Kiefergelenk-Muskelschmerzen

 

Beschwerden des Bewegungssystems

 

Gelenkerkrankungen

 

Bissproblemen

 

Metallgeschmack

 

Augenerkrankungen, Sehstörungen

 

Erkrankung der Nasennebenhöhlen

 

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

 

Besteht eine Schwangerschaft?

 

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

 

Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische Behandlung oder einen Unfall mit Kieferbeteiligung?

 

Wenn ja, bitte beschreiben \_\_\_\_\_

Liegen andere chronische Systemerkrankungen vor?     

Wenn ja, welche Organe sind betroffen? \_\_\_\_\_

Belastet Ihr (zahn)-/ gesundheitliches Problem Sie seelisch?

 

Wenn ja, bitte beschreiben Sie \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals gesundheitliche Veränderungen im Zusammenhang mit medizinischen oder zahnärztlichen Behandlungen? (bitte beschreiben Sie):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Wichtige Informationen

**Unser Bestreben ist es, einen maximalen Nutzen für Ihre Gesundheit zu erzielen.**

Anders als vielfach angenommen wissen wir heute, dass das Spiel der Gesundheit zu 60-80 % über Zähne und Kiefer entschieden wird.

Es ist damit zu rechnen, dass Versicherungen - je nach Versicherungsstatus - medizinisch notwendige Leistungen der Biologischen Zahnheilkunde nur teilweise oder nicht bezuschussen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über diesen Punkt informiert sind und anfallende Behandlungskosten unabhängig davon begleichen werden.

Eine fundierte biologische Zahnsanierung erfordert sorgfältige Planung und Vorbereitung.

Die Erstuntersuchung kann bis zu 2 Stunden in Anspruch nehmen und wird individuell je nach Befund gestaltet. Damit ersparen wir Ihnen zwei bis drei Folgetermine und können ab dem nächsten Termin direkt mit der gewünschten Behandlung beginnen. Maximaler Finanzaufwand 500€ ggf. zzgl. 3-D-Röntgen inkl. Auswertung (270€).

## **Mögliche Leistungen der Erstuntersuchung:**

- Eingehende Untersuchung Mund-, Kiefer- und Zahnsystems
- Parodontal- Untersuchung
- Vitalitätsprobe aller Zähne
- Zweidimensionale digitale Röntgenaufnahme Ihrer Zähne (OPG)
- Drei-dimensionale digitale Volumentomographie (DVT)
- Meridiandiagnostik, Neuraltherapie/Testung aller potentiellen Störfelder
- Fotografische Dokumentation
- Kieferabformung
- Besprechung der Ergebnisse und Erstellung eines Behandlungsplanes
- ca. 5-10 Tage später erhalten Sie eine Diagnose – und Therapieplan mit einer groben Kalkulation des zeitlichen und finanziellen und Aufwandes

Wir erheben für die Erstuntersuchung eine Vorauszahlung in Höhe von 200€.

Diese betrachten wir als gegenseitige Terminbestätigung. Nach Zahlungseingang kommen wir unverzüglich mit einem Terminvorschlag auf Sie zu.

Apobank: DE25 300606010002485915.

Die Vorauszahlung wird selbstverständlich mit der Rechnung für die Erstuntersuchung verrechnet.

Die Foto-und Videodokumentation ist Bestandteil unserer Arbeit und dient unter anderem der Veröffentlichung und Information.

**Ich stimme dem durch meine Unterschrift zu (bitte ankreuzen)**



---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Vielen Dank!

Ihr  
DR. GERSTENBERG & TEAM

**Weitere Information finden Sie unter:**  
[www.dr-gerstenberg.de](http://www.dr-gerstenberg.de)  
[www.implantat-center-luebeck.de](http://www.implantat-center-luebeck.de)

**Die Information zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und kann jederzeit eingesehen werden.  
Auf unserer Homepage können Sie die Information ebenfalls einlesen.**

**Einwilligung in die Verarbeitung , Weitergabe und Anforderung personenbezogener Daten lt. DSGVO**

Ich ..... entbinde die Praxis für Biologische Zahnheilkunde Dr. Gerstenberg & Team von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den von mir benannten Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern, meiner Krankenkasse bzw. Krankenversicherung und willige ein, dass die Unterlagen, Befunde und Röntgenbilder zur Weiterbehandlung zugestellt oder angefordert werden können. Ich erkläre dies freiwillig und bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. ( Art. 7 Abs.3)

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Zahnärzte:** \_\_\_\_\_

**Heilpraktiker:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten, ggf. Erziehungsberechtigten