

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen bei Dr. Gerstenberg & Team!

Das Konzept ganzheitlicher Zahnheilkunde und Implantologie erfordert sorgfältige Planung und Vorbereitung.

Dieser Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit, uns über alle wesentlichen Aspekte Ihres Behandlungswunsches zu informieren. Besondere Beachtung findet bei uns der mögliche Zusammenhang zwischen bestehenden Allgemeinerkrankungen und Erkrankungen des Zahn- und Kieferbereichs. Es gilt heute als erwiesen, dass fast alle akuten und chronischen Erkrankungen in irgendeiner Weise mit dem Zahnsystem in Verbindung stehen und dass Allgemeinerkrankungen immer einen Bezug zum Zahnsystem haben. Eine ganzheitlich ausgerichtete Zahnsanierung sollte folglich Bestandteil jeder Heilbehandlung und ein wesentlicher Baustein bei der Genesung und Gesundheitsvorsorge sein.

Bitte senden Sie uns diesen Bogen inklusive der Panoramaröntgenaufnahme an die gegebene Anschrift.

Tipp: Ihre Ärzte oder Heilpraktiker werden sich für den Zustand Ihrer Zähne interessieren und sich ggf. Ihre Kieferübersichtsaufnahme (Panoramaröntgenaufnahme) von Ihnen vorlegen lassen! Sprechen Sie mit Ihnen darüber!

Nähre Informationen finden Sie auf unseren Seiten
www.dr-gerstenberg.de und 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.

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

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 Ja Nein

Tinnitus/Hörsturz Ja Nein

Beschwerden des Bewegungssystems Ja Nein

Bissproblemen Ja Nein

Augenerkrankungen, Sehstörungen Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Schwindel Ja Nein

Kiefergelenk-Muskelschmerzen Ja Nein

Gelenkerkrankungen Ja Nein

Metallgeschmack Ja Nein

Erkrankung der Nasennebenhöhlen Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

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

Wenn ja, bitte beschreiben _____

Liegen andere chronische Systemerkrankungen vor? Ja Nein

Wenn ja, welche Organe sind betroffen? _____

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

Wenn ja, bitte beschreiben Sie _____

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

Wichtige Informationen

Ihre Zeit ist uns wichtig – unsere auch!

Wir bitten daher nur Termine zu vereinbaren, die Sie sicher realisieren können.

Im Falle einer Verhinderung bitten wir Sie Ihren Termin 2 volle Arbeitstage vorher telefonisch oder schriftlich (nicht per email) abzusagen.

Ich entscheide mich für umfassende ganzheitliche Erstdiagnostik und - Beratung (Dauer ca. 1 Stunde, außervertragliche Leistungen fallen an)

Ich entscheide mich für eine Untersuchung und Behandlung zu den Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank!

Ihr
DR. GERSTENBERG & TEAM

Weitere Information finden Sie unter:

www.dr-gerstenberg.de

www.implantat-center-luebeck.de