



FORMULAR ZUR TERMINERHALTUNG

bzw.

Einverständniserklärung über Aufklärung bei Termin- Nichteinhaltung

Patientenangaben

Angaben zum gesetzlichen Vertreter/ Zahlungspflichtigen

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, PLZ, Ort

.....
Straße, PLZ, Ort

Mir ist bekannt, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich im Falle einer Verhinderung rechtzeitig absage. Somit besteht die Möglichkeit noch „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine - **d.h. spätestens 48h Std. vor dem Termin** - werden mit 50% für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt, sofern kein akuter Grund für die Terminversäumnis vorlag. Sollte die Frist auf ein Wochenende oder Feiertag fallen, so muss in diesem Fall per E-Mail (info@zahnarzt-klauser.de) abgesagt werden.

Mit der Unterschrift wird das Einverständnis zu diesem Abrechnungsmodus gegeben. Ich bestätige die Richtigkeit meiner angegebenen Daten.

Hiermit bestätige ich, dass ich über den oben genannten Text aufgeklärt wurde und einverstanden bin.

Ich willige ein, bei Nichteinhaltung des Termins die Ausfallgebühr zu bezahlen.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in / Zahlungspflichtiger
/gesetzlicher Vertreter



Anamnesebogen für die ganzheitliche Behandlung

Datum: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____

Straße, Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Arbeit: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Anzahl Kinder: _____

Behandelnder Hausarzt: _____ Empfehlung durch: _____

Liebe Patienten/innen:

Ich bitte Sie, diesen Anamnesebogen in Ruhe und so ausführlich wie möglich auszufüllen. Diese Informationen erleichtern das Erstgespräch und sind für mich sehr wichtig, um eine ganzheitliche, auf Sie abgestimmte Behandlung durchführen zu können. Soweit vorhanden bitte ich Sie, aktuelle Laborbefunde, Arztberichte, Befunde, Impfausweis und Ihre Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen, zur Erstberatung mitzubringen!

In unserer Praxis werden Sie unabhängig von Ihrer Krankenversicherung auf Wunsch ganzheitlich auf Privatrechnung behandelt. Alles, was nicht den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherungen entspricht, wird ausschließlich in Rechnung gestellt (GOZ oder Analog).

Größe, aktuell: _____ Gewicht, aktuell: _____ Blutdruck: _____ Blutgruppe: _____

Ihr Anliegen / was kann ich für Sie tun? _____

Haben Sie derzeit Beschwerden in der Mundhöhle? Schmerzsyndrome, Zungenbrennen, Zahnfleischentzündungen oder Metallgeschmack

Haben Sie EBV, Herpes oder Borreliose gehabt? Wann? Wie wurden Sie therapiert? _____

Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen? Seit wann? _____

Sind folgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Migräne/ Kopfschmerzen, Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme), Erkrankung des Nervensystems oder Immunerkrankung (Rheuma, Lupus, Multiple Sklerose) _____

Welche Impfungen haben Sie als Kind und als Erwachsener erhalten? Reaktionen? (Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schwellungen; allergische Reaktionen, grippale Symptome) _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Parasitenbefall, Masern, Mumps, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Hepatitis, Tuberkulose, Ruhr, Malaria, Salmonellen, Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpesinfektionen, Wurmerkrankungen, Syphilis, andere) _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Unverträglichkeitsreaktion auf zahnärztliche Wirkstoffe? _____

Haben/hatten Sie Hautreaktionen auf Modeschmuck (Nickel, Chrom u.ä.)? _____

Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegenüber Goldschmuck? _____

Sind nach Unfällen jemals Metalle bei Ihnen operativ eingebracht worden? _____

Tragen Sie Gelenkimplantate (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)? _____

Haben Sie Probleme damit? _____

Haben Sie beruflich mit der Verarbeitung von Metallen oder Kunststoffen zu tun? Welche Werkstoffe: _____

Tragen Sie Piercing- und/oder Tattoo-Schmuck? _____

Gibt es Unverträglichkeitsreaktionen darauf? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergietest durchgeführt? _____

Hauttest (Epikutan-Test) _____ Lymphozyten-Transformations-Test (LTT) _____

Auf was haben Sie reagiert? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass, in dem diese Stoffe eingetragen sind? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit eine unangenehme Reaktion auf ein Betäubungsmittel? _____

Nehmen Sie gegenwärtig eines der folgenden Medikamente ein? (Kortison-Präparate, Zytostatika, Immunsuppressiva, Penicillin, oder andere Antibiotika) _____

Notieren Sie bitte kurz Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten:

Morgens: _____

Mittags: _____

Zwischendurch: _____

Abends: _____

Zwischendurch: _____

Was und wie viel trinken Sie pro Tag? _____

Leben Sie vegetarisch/vegan? _____

Wie viel Zeit nehmen Sie sich für die einzelnen Mahlzeiten? _____

Wie empfinden Sie Ihr Hungergefühl und Durstempfinden? _____

Haben Sie Hautveränderungen? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie lange schon und wie viel am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? (wie oft, wie viel und was?) _____

Verlangen nach sauer, salzig, süß, pikant, Fleisch, Fisch, Alkohol, Nikotin, anderes? _____

Abneigung gegen sauer, salzig, süß, pikant, Fleisch, Fisch, Alkohol, Nikotin, anderes? _____

Treiben Sie Sport? Welchen? _____

Meditieren Sie? _____

Was unternehmen Sie, um Ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen? _____

Haben Sie vom Orthopäden verschriebene Schuheinlagen? _____

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? _____

Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Nahrungsmittel? (Milch, Fructose, Eiweiß, Weizen, Gluten, Lactose, Fructose u.a.)

Allergien gegen Gräser, Milben, Hausstaub, Blütenpollen, Tierhaare o.a.? _____

Arzneimittelunverträglichkeiten? _____

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? _____

Haben Sie eine Augenerkrankung? Grauer oder grüner Star, andere? _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? (Form, Farbe, Häufigkeit, Blähungen, Verstopfung, Durchfall) _____

Haben Sie Darmbeschwerden? _____

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung und wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Haben Sie schon einmal eine Darmreinigung durchgeführt? _____

Hatten Sie eine Colon-Hydro-Therapie / Darmspülung? Wann? _____

Haben Sie schon einmal eine Leberreinigung durchgeführt? Womit? Wie lange? _____

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Schlafgewohnheiten: (wann gehen Sie ins Bett, wie lange schlafen Sie, haben Sie Ein- und Durchschlafstörungen, müssen Sie nachts auf die Toilette, wachen Sie erholt in der Früh auf?) _____

Wo liegt ihr Handy, wenn Sie schlafen? _____

Schalten Ihre WLAN - Verbindung in der Nacht aus? _____

Leiden Sie an Depressionen oder unter Stress? _____

Nehmen Sie die Pille? Wenn ja, seit wann und welche? _____

Benutzen Sie alternative Verhütungsmethoden? _____

Hat der Beginn der Menopause eingesetzt? _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt? _____

Anzahl der Schwangerschaften _____ Anzahl der Geburten _____ Kaiserschnitt? _____

Wann haben Sie zuletzt eine Krebsvorsorge machen lassen? (Frauenarzt, Urologe?) _____

Haben Sie Probleme mit wiederkehrenden Blasenentzündungen, Harninkontinenz oder Symptome einer Reizblase? _____

Wann haben Sie in der Vergangenheit Ihre Schilddrüse untersuchen lassen? (Ultraschall, Blutwerte) _____

Leiden Sie unter Diabetes? _____


Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika nehmen müssen? _____

Wenn ja, haben Sie Ihre Darmflora im Anschluss aufgebaut? z.B. mit Probiotika? Wie lange? _____

Schnarchen Sie während des Schlafens? Haben Sie während des Schlafes Atemaussetzer? _____

Bestehen Gewichtsprobleme? _____

Chronologie Ihrer Krankengeschichte (Soweit es Ihnen bekannt ist, erfassen Sie bitte alle bisherigen Erkrankungen und Operationen):



Wie putzen Sie Ihre Zähne? (Interdentalbürste, elektrische Zahnbürste, manuell oder beides? Zahnpasta mit oder ohne Fluorid? Putzen Sie ihre Zunge?)

Haben Sie metallischen oder ungewohnten Geschmack im Mund? _____

Leiden Sie an Parodontitis? _____

Leiden Sie an Schleimhauterkrankungen im Mund? Gibt es hier Auffälligkeiten? _____

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? _____

Haben Sie eine Schiene für die Nacht? Seit wann? _____

Haben Sie Amalgamsanierung schon gehabt? _____

Haben Sie Amalgam- Ausleitung schon gehabt? Wann? Womit? _____

Haben Sie Metallischer Geschmack im Mund? _____

Haben Sie Reaktion auf Pflaster bei längere Tragedauer? _____

Haben Sie Mund / Zungenbrennen? _____

Müssen Sie oft Räuspern? _____

DANKE FÜR IHRE MÜHE!

Ihre Dr. Tatiana Klauser

Ernährungsprotokoll

Ziel

Im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Betreuung wird untersucht, in wieweit Ernährung Ihre Parodontose beeinflusst.

Diese Ernährung hat auf die Entstehung von Karies und Parodontose maßgeblichen Einfluss, weshalb wir Sie entsprechend Ihrem Risiko beraten möchten.

Was ist zu tun?

Tragen Sie alle Nahrungsmittel und Getränke ein, den Zeitpunkt und wie lange Sie gegessen haben.

Ebenso hilft uns ein Eintrag Ihrer Zahnpflege, um mögliche Gefährdungen erkennen zu können.

Führen Sie dieses Ernährungsprotokoll über die vier vorgesehenen Tage und bringen Sie es zum nächsten Termin wieder mit.

Danke für Ihre Mitarbeit!

| 1. Tag: | | |
|--|-------------------|------------|
| Nahrungsmittel oder Getränke bzw. Zahnpflege | Zeitpunkt & Dauer | Auswertung |
| | 5:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 6:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 7:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 8:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 9:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 10:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 11:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 12:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 13:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 14:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 15:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 16:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 17:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 18:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 19:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 20:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 21:00 | |

| 2. Tag: | | |
|--|-------------------|------------|
| Nahrungsmittel oder Getränke bzw. Zahnpflege | Zeitpunkt & Dauer | Auswertung |
| | 5:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 6:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 7:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 8:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 9:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 10:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 11:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 12:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 13:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 14:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 15:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 16:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 17:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 18:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 19:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 20:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 21:00 | |

| 3. Tag: | | |
|--|-------------------|------------|
| Nahrungsmittel oder Getränke bzw. Zahnpflege | Zeitpunkt & Dauer | Auswertung |
| | 5:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 6:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 7:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 8:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 9:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 10:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 11:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 12:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 13:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 14:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 15:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 16:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 17:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 18:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 19:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 20:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 21:00 | |

| 4. Tag: | | |
|--|-------------------|------------|
| Nahrungsmittel oder Getränke bzw. Zahnpflege | Zeitpunkt & Dauer | Auswertung |
| | 5:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 6:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 7:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 8:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 9:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 10:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 11:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 12:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 13:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 14:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 15:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 16:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 17:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 18:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 19:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 20:00 | |
| | 20 | |
| | 40 | |
| | 21:00 | |

Ernährungs- protokoll

von



Ganzheitliche Zahnarztpraxis
DR. TATIANA KLAUSER
UML. Bogenstr.

Ein Herz für gesunde Zähne!

Alter Postweg 94 ● 86159 Augsburg ● Tel. 0821 6507 5290



CHECKLISTE FÜR DIE GANZHEITLICHE BEHANDLUNG

- Anamnesebogen für ganzheitliche Behandlung (siehe PDF)
- Ernährungsprotokoll über 4 Tage (siehe PDF)
- Aktuelle Blutwerte und Vitamin Status (falls vorhanden)
- Röntgenbilder oder DVT (falls vorhanden)
- Medikamente und besondere Präparate zum Austesten
- Schiene für die Nacht

Gesetzliche Krankenkassen

In unserer Praxis werden Sie unabhängig von Ihrer Krankenversicherung auf Wunsch ganzheitlich auf Privatrechnung behandelt. Alles, was nicht den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherungen entspricht, wird ausschließlich in Rechnung gestellt (GOZ oder Analog).

Zusatzversicherungen

Mit einer **privaten Zusatzversicherung** für zahnärztliche Behandlungen können gesetzlich Versicherte einen Anteil unserer Rechnungen erstattet bekommen (neue, moderne Behandlungsmethoden sind bei der Erstattung für ganzheitlichen Behandlungen oft nicht berücksichtigt!). Rechnungen nach der Heilpraktiker- Gebührenordnung dürfen wir nicht stellen. An den Sonderverträgen der gesetzlichen Krankenkassen zur Homöopathie sind wir nicht beteiligt. Wenn sie Fragen haben, erkundigen Sie sich gerne in unserer Praxis.

Sollten Sie der Meinung sein, dass Ihre gewünschte Behandlung in unserer Praxis aus finanziellen Gründen nicht möglich sei, dann sprechen Sie uns an, wir finden eine Lösung, die Ihnen stets entgegenkommt.



Patienten Information für eine ganzheitliche Behandlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Für eine kompetente und individuelle Diagnose benötigen wir von Ihnen:

1. Klinische Kontrolluntersuchung
2. ausgefülltes Ernährungsprotokoll
3. ausgefüllter Anamnesebogen für ganzheitliche Behandlung
4. Vital-Feld-Messung mit Global Diagnostik
5. Medizinische Labordiagnostik (Blut/Urin/Speichel)
6. DVT (digitale Volumetomografie)

Die Anamnese ist für mich ein zentraler Ausgangspunkt der Zahnmedizinischen Diagnostik und Therapie. Sobald ich mich mit Ihrer Situation auseinandergesetzt habe, führen wir ein gemeinsames Gespräch, bei dem wir über die bestmögliche und sinnvollste Behandlung diskutieren, und gemeinsam eine Entscheidung über Ihren individuellen Therapieablauf treffen.

In der Diagnose und Therapie verlasse ich mich auf die Ergebnisse der Kinesiologischen Testung (AK), der Vital-Feld-Messung, auf die Labordiagnostik und auf die digitale Volumetomografie. Genau deshalb kann ich eine optimale Auswahl der orthomolekularen Präparate (Vitalstoffe) oder dentaler Materialien treffen, die in der Füllungstherapie und beim Zahnersatz (Kronen, Brücke oder Prothese), oder bei der Ausleitung einer Schwermetallbelastung oder bei Kieferknochenentzündungen (NICO/Kieferostitis) zum Einsatz kommen sollten.

In vielen Fällen erkenne ich die Notwendigkeit, einen anderen Therapeuten/Therapeutin ins Boot zu holen, um eine dauerhafte und holistisch lösungsorientierte Therapie durchzuführen.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der LNZ – Leistungsbeschreibung für Naturheilverfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde um keine amtliche Gebührenordnung handelt, und die Erstattung der auf dem Heil- und Kostenplan basierenden Vergütung durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Beihilfestelle) möglicherweise nicht gewährleistet ist. Das bedeutet, dass Sie eine Privatrechnung erhalten werden und diese selbst bezahlen müssen.

Preisliste

| | |
|---|---------|
| - Ganzheitliche Anamnese und Erstberatung (120 min.) | 390 EUR |
| - Ganzheitliche Beratung (15 min.) | 80 EUR |
| - Vital-Feld-Messung mit Global Diagnostik / Digi Soft | 80 EUR |
| - Große Kinesiologische Testung (ca. 45 min.) | 90 EUR |
| - Mittlere Kinesiologische Testung (ca. 20 min.) | 60 EUR |
| - Kleine Kinesiologische Testung (ca. 10 min.) | 30 EUR |
| - Diagnostik der Kopf- und Körperhaltung (nicht-apparative) | 30 EUR |
| - Vital-Feld-Therapie (45 min.) | 80 EUR |
| - Schumann Platte (10 min.) | 25 EUR |
| - Matrix-Rhythmus-Therapie (15 min.) | 25 EUR |
| - Neural-Therapie (je Spritze) | 20 EUR |
| - Kinesio-Taping Beratung (30 min.) | 80 EUR |
| - Medizinische Labordiagnostik | 75 EUR |
| - Amalgam Entfernung (pro Zahn) | 40 EURO |



TERMIN FÜR DIE GANZHEITLICHE BEHANDLUNG IN DER GANZHEITLICHEN ZAHNARZTPRAXIS DR. TATIANA KLAUSER

TERMINVERGABE:

Falls Sie sich eine ganzheitliche Beratung oder Behandlung in unserer Praxis wünschen, müssen Sie das ausdrücklich am Telefon bei der Terminvereinbarung sagen.

VIER TAGE VOR IHREM TERMIN:

Da wir viel Zeit investieren und Wert auf eine professionelle Behandlung legen, müssen diese Unterlagen zu Vorbereitungszwecken unbedingt vor Ihrem Termin vorliegen. Bitte haben Sie Verständnis, dass Termine, bei welchen die Unterlagen nicht **mindestens 4 Tage vor** dem Termin vorliegen, von unserer Seite nicht eingehalten werden können.

Folgende Unterlagen müssen in der Praxis vorliegen:

- ✓ ausgefüllter Anamnesebogen für die ganzheitliche Behandlung
- ✓ Ernährungsprotokoll
- ✓ aktuelle Blutwerte (falls vorhanden)
- ✓ Röntgenbilder oder DVT (falls vorhanden)
- ✓ Medikamente oder besondere Präparate (bitte nicht mehr als 10 Stück)
- ✓ Schiene für die Nacht

Bitte senden Sie diese Unterlagen rechtzeitig per Post oder per E-Mail an:

Ganzheitliche Zahnarztpraxis Dr. Tatiana Klauser
Alter Postweg 94
86159 Augsburg Germany

ODER

verwaltung@zahnarzt-klauser.de
Betreff: Termin am... und
Patienten-Namen

WENN SIE AUSSERHALB DEUTSCHLANDS WOHNEN:

Bitte beachten Sie, dass Ihr Behandlungsplan individuell für Sie erstellt wird. Sie werden mehrere Termine in unserer Praxis bekommen, um den Ablauf Ihrer Therapie ohne Unterbrechung optimal zu gestalten. Wir bemühen uns, für Sie geeignete Termine zu finden.

Für Ihren Aufenthalt in Augsburg sind Sie selbst verantwortlich.

WENN SIE AUSSERHALB AUGSBURGS WOHNEN:

Bitte beachten Sie, dass Ihr Behandlungsplan individuell für Sie erstellt wird. Sie werden mehrere Termine in unserer Praxis bekommen, um den Ablauf Ihrer Therapie ohne Unterbrechung optimal zu gestalten. Wir bemühen uns, für Sie geeignete Termine zu finden.