



## 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](mailto: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**



## 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