

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## HINWEISE FÜR PATIENTEN

(Allg. Behandlungsrisiko und Patientenfragebogen)

### LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie zunächst herzlich begrüßen. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Hinweise aufmerksam zu lesen und den anliegenden Patientenfragebogen auszufüllen. Sie entscheiden selbstbestimmt, welche Arten der Behandlung wir anwenden. Der Fragebogen dient maßgeblich zu einer grundlegenden Anamnese, um das Behandlungsrisiko individuell abschätzen zu können und gegebenenfalls weitere notwendige Voruntersuchungen (bildgebende Verfahren wie Röntgen oder MRT) oder auch grundsätzliche Gegenanzeigen für eine Behandlung erörtern zu können. Wir sind hier darauf angewiesen, dass Sie uns vollständig und korrekt aufklären. Bei Fragen oder bei Zweifeln zögern Sie bitte nicht, diese mit uns zu erörtern. Vorbelastungen oder Vorerkrankungen müssen Sie uns unbedingt mitteilen, selbst wenn Sie meinen, dass diese mit der Behandlung der derzeit betroffenen Körperregionen nicht zusammenhängen (Gesamtheitliche Medizin).

Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

Wenige Krankenversicherungen übernehmen Präventionsbehandlungen.

Sie erhalten eine Rechnung laut GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) bzw. eine Rechnung über freie Vereinbarung. Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen

Ihr unoDenta Praxis Team

Praxis für Biologische Zahnmedizin &

Holistisches Gesundheitscoaching, Bürstadt

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## BESTÄTIGUNG DER HINWEISE und EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die vorstehenden Hinweise und Belehrungen habe ich erhalten und verstanden. Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in einem nachfolgenden Aufklärungsgespräch in Kenntnis gesetzt

und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung. Ich hatte Gelegenheit, meine Rückfragen zu erörtern. Ich willige auf dieser Grundlage in die Behandlung durch die Praxis für biologische Zahnmedizin & Holistisches Gesundheitscoaching, Bürstadt ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale in Höhe von € 150,00 bezahle, wenn ich zu einem

vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 48 Stunden vorher telefonisch oder in Textform abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis für Biologische Zahnmedizin & Holistisches Gesundheitscoaching

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

Bürstadt, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

2

# PATIENTENFRAGEBOGEN

| BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

NACHNAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ ORT \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

BERUF/ TÄTIGKEIT \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

3

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

GESETZLICH VERSICHERT

PRIVAT VERSICHERT

ZUSATZVERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## 1 | WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHES?

Meine Hauptbeschwerden sind: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier, um \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2 | ORDNEN SIE IHRE BESCHWERDEN / THEMEN NACH IHRER WICHTIGKEIT

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

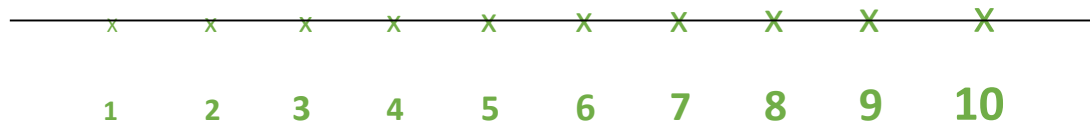
3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

## 3 | WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN / BELASTUNGEN?

Bitte tragen Sie die jeweilige Zahl der Schmerzskala in das entsprechende Kästchen ein.)



1.

2.

3.

4.

5.

## 4 | WIE HÄUFIG TRETEN DIE BESCHWERDEN / BELASTUNGEN AUF?

1.  x täglich / wöchentlich / monatlich

2.  x täglich / wöchentlich / monatlich

3.  x täglich / wöchentlich / monatlich

4.  x täglich / wöchentlich / monatlich

5.  x täglich / wöchentlich / monatlich

# PATIENTENFRAGEBOGEN

5| WAS EREIGNETE SICH VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

- nichts Außergewöhnliches                       eine Erkrankung                       Kummer  
 Trauer     Schock     Operation  
 Hautausschläge                                       Änderung der Körpertemperatur  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

6| BEI WAS FÜHLEN SIE SICH DURCH IHRE BESCHWERDEN IM ALLTAG AM MEISTEN EINGESCHRÄNKT?

WAS FÄLLT IHNEN DURCH DIESE BESCHWERDEN SCHWERER?

WELCHES HOBBY/WELCHE LEIDENSCHAFT KÖNNEN SIE NICHT MEHR SO AUSÜBEN WIE ES IHNEN WICHTIG WÄRE?

---

---

GIBT ES BESCHWERDEN, DIE SIE NICHT MIT IHREN ZÄHNEN, IHREM KIEFER, IN VERBINDUNG BRINGEN?

---

---

WAREN SIE BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN BEREITS IN (FACHÄRZTLICHER) BEHANDLUNG?

ja, bei \_\_\_\_\_ nein

Die Behandlung war erfolgreich  wenig  erfolglos

7| ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

Unfall                       Operation                       Sonstiges

8| ICH HABE AUSSERDEM FOLGENDE BESCHWERDEN:

\_\_\_\_\_

Ich trage Einlagen

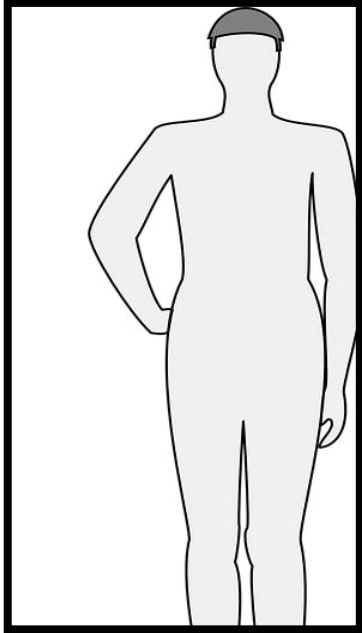
Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)

Schulter-, Arm-, Handbeschwerden                       Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden

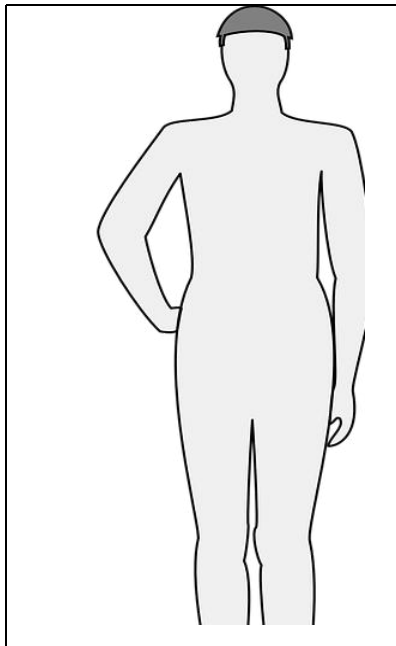
Brille     Kontaktlinsen

# PATIENTENFRAGEBOGEN

9 | BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



Körper-Vorderseite



Körper- Rückseite

## PATIENTENFRAGEBOGEN

10| NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN? BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, ENTZÜNDUNGSHEMMER ETC.

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

---

---

11| LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

Ja

Nein

12| WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND UNTERSUCHT?

Röntgen

CT (Computertomographie)

Ultraschall

MRT (Magnetresonanztomographie)

13| SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

Ja

Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf?

---

---

---

7

## PATIENTENFRAGEBOGEN

14 | Welchen Zustand möchten Sie mit Hilfe unserer Beratung gerne erreichen, um sich wohlfühlen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was hat Sie bisher daran gehindert ihn zu erreichen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was haben Sie bisher schon dafür unternommen, Ihren Wunschzustand zu erreichen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# PATIENTENFRAGEBOGEN

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

## Von der medizinischen Fachkraft auszufüllen:

<b>Puls:</b>	
<b>Sauerstoffsättigung:</b>	
<b>Körpertemperatur:</b>	
<b>Körpergewicht:</b>	
<b>Körpergröße:</b>	