



Dentosophie Zentrum Erding Anamnesebogen

Herzlich willkommen im Dentosophie Zentrum Erding!

Um mich optimal auf unser gemeinsames Gespräch über Ihre Wünsche und Ziele vorbereiten zu können, benötige ich vorab einige Informationen zu Ihnen oder Ihrem Kind. Da der allgemeine Gesundheitszustand und bestehende Vorerkrankungen den Verlauf der Behandlung beeinflussen können, bitte ich Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben werden Teil der persönlichen Behandlungsakte und selbstverständlich streng vertraulich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht behandelt.

Ihre Dr. Ivana Moreano

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon (Mobil): _____ E-Mail: _____
Beruf / Schule: _____ Hauptanliegen: _____

2. Ihr Besuchsgrund

- ☐ Beratung zur Dentosophie (zeitabhängig bis ca. 120 €)
☐ Beginn einer Dentosophie-Behandlung
Kinder ca. 1.500 € - 2.800 € (Behandlungsdauer bis zu 1 Jahr)
Erwachsene ca. 1.800 € (Behandlungsdauer ca. 6 Monate)

3. Gesundheitlicher Hintergrund

Bestehen aktuelle oder chronische Erkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Wurden in der Vergangenheit Operationen durchgeführt? _____



4. Fokus: Wohlbefinden & Funktion (Erwachsene & Jugendliche)

- | | |
|---|--|
| Knirschen oder Pressen der Zähne | ☐ ja ☐ nein |
| Schmerzen im Kiefergelenk | ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig |
| Tinnitus oder Ohrgeräusche | ☐ rechts ☐ links |
| Kopfschmerzen oder Migräne | Wie oft? _____ |
| Schlafqualität (unruhig, Schnarchen) | ☐ ja ☐ nein |
| Morgendliche Müdigkeit / trockener Mund | ☐ ja ☐ nein |
| Eingeschränkte Nasenatmung | ☐ ja ☐ nein |
| Verspannungen (Nacken, Rücken, HWS) | ☐ ja ☐ nein |
| Tragen Sie ein Schiene | ☐ ja ☐ nein |
| Allergien oder Unverträglichkeiten | Welche? _____ |
| Nutzung von Hilfsmitteln (Brille, Einlagen) | Welche? _____ |

5. Fokus: Kinder & Entwicklung

Befindet sich Ihr Kind aktuell in therapeutischer Begleitung? (z.B. Logopädie, Osteopathie, KFO)

Besonderheiten in der Entwicklung:

☐ Mundatmung ☐ Konzentrationsschwierigkeiten ☐ Zähneknirschen ☐ Einnässen

Geburt: ☐ natürlich ☐ Kaiserschnitt | Stillzeit: _____ | Schnuller/Habits: _____

6. Organisatorisches & Einverständnis

☐ Ich möchte per SMS an meine Termine erinnert werden.

Unsere Praxis wird als reine Bestellpraxis geführt, um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Die für Sie reservierte Zeit steht exklusiv Ihnen zur Verfügung. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage mindestens 48 Stunden im Voraus. Wir bitten um Verständnis, dass wir bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen ein Ausfallhonorar (gemäß § 615 BGB) in Rechnung stellen können.



7. Unser Abrechnungsservice für Sie

Um uns voll und ganz auf Ihre Behandlung konzentrieren zu können, arbeiten wir mit der **BFS Health Finance** als zuverlässigem Abrechnungspartner zusammen. Für Sie bietet dies attraktive Vorteile: Sie profitieren von flexiblen Teilzahlungsmöglichkeiten und individuellen Ratenmodellen, die oft sogar zinsfrei möglich sind. Zudem unterstützt Sie die BFS kompetent bei Rückfragen zur Rechnung oder bei der Kommunikation mit Ihrer Versicherung, damit Sie sich entspannt auf Ihre Gesundheit konzentrieren können.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigte)