

Dentosophie

Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit für Kinder und Erwachsene



Patientendaten:

Name:

Vorname:

geboren am:

Empfohlen durch:

Wir atmen 18.000 Mal und Schlucken 2000 Mal pro Tag. Alle diese Atem- und Schluckzyklen stimulieren Wachstums- und Entwicklungsprozesse.

Nur wenn wir durch die Nase atmen, die Zunge am Gaumen liegt und die Kiefermuskeln gleichmäßig benutzt werden, kann der Körper optimal wachsen.

Muskeln, Kiefer, Zähne und Körper sind folglich gerade und in Balance.

Allgemeine Gesundheitsfragen

Bitte ankreuzen oder Ø eintragen:

Herz-Kreislauferkrankungen? Wenn ja, welche?		Regelmäßige Medikamente:	
Allergien? Wenn ja, welche?		Bisherige Logopädische Behandlung? Praxis:	
Blutgerinnungsstörungen? Bei nahen Verwandten? Bisherige verlängerte Blutung bei Wunden?		Bisherige Kieferorthopädische Behandlung? Praxis:	
Weitere Wichtige Vorerkrankungen /OPs?		Wurde bereits eine Frenotomie durchgeführt/ das Zungen- und/oder Lippenband getrennt?	

Spezielle Gesundheitsfragen zur Funktion

Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen oder Ø eintragen:

Sprache		Essen/Füttern	
Frustration bei der Kommunikation?		Frustration beim Essen?	
Schwierigkeiten von Eltern/Aussenstehenden verstanden zu werden? Wieviel % werden verstanden? _____		Schwierigkeiten mit dem Beikost-Start oder bei bestimmten Konsistenzen? Welcher Art?	
Schwierigkeit schnell zu sprechen		Langsamer Esser?	
Probleme mit bestimmten Lauten? Wenn ja, welche?		Wenig Appetit? Problematische Gewichtszunahme beim Kind?	
Verzögerte Sprachentwicklung?		Speisereste in den Wangentaschen?	
Nuscheln?		Würgen/Erbrechen beim Essen?	
Andere Probleme?		Andere Probleme beim Essen? Wenn ja, welche?	
Schlaf		Still- oder Flaschenverhalten als Baby	
Schnarchen/Schlafapnoe (Atemaussetzer)?		Schmerzhaftes Stillen, schwaches Saugen?	
Unruhiger Schlaf?		Schlechte Gewichtsentwicklung?	

Nächtliches Aufwachen, wie oft?		Reflux? „Speikind“?	
Unerholsamer Schlaf? Morgens müde?		Konnte den Nuckel nicht nehmen/halten?	
Zähneknirschen beim Schlafen?		Milchverlust durch Mund/Nase?	
Mund in der Nacht geöffnet? (gerne kurzes Video davon machen)		Mutter brauchte Brusthütchen zum Stillen?	
Ungewöhnliche Schlafpositionen?		Wurde schnell abgestillt/nicht gestillt?	
Bettnässen? Wenn ja, wie lange?		Viel geweint als Baby oder starke Koliken?	
Andere Probleme?			
Nacken- oder Schulterbeschwerden?			
Kiefergelenksprobleme? - Knacken - Mundöffnung schmerzhaft oder eingeschränkt?			
Kopfschmerzen / Migräne?			
Reflux?			
Mundatmung/offener Mund tagsüber?			
Mandeln oder Polypen operiert? Wenn ja, wann und wie oft?			
Häufige Ohrinfektionen? Röhrrchen?			
Probleme sich zu konzentrieren oder hyperaktives Verhalten?			

Hinweise zur Abrechnung und Datenschutz

Die **myofunktionelle Untersuchung** im Rahmen der Dentosophie und rhino-mastikatorischen Biomechanik, sowie posturologische Untersuchung (Untersuchung der Körperhaltung in Ruhe und Bewegung) ist eine reine Privatleistung. Sie wird mit **ca. 100€** nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ggf. auch analog, in Rechnung gestellt.

Die Erst-Beratung ist Teil einer ggf. folgenden dentosophischen Behandlung und wird nachfolgend auf den Gesamtpreis der Balancer-Behandlung angerechnet.

Die Behandlung mittels Balancer erfolgt über 6-12 Monate und wird ebenfalls privat (ggf. auch analog) in Höhe von ca. 900-1500€, je nach Aufwand abgerechnet. (Selbstverständlich erhalten Sie nach der Erst-Beratung ein individuelles Kostenangebot)

Die Rechnungslegung erfolgt nach medizinischer Notwendigkeit im Ermessen der Ärztin. Die Erstattung durch Versicherungen/Beihilfen kann nicht garantiert werden und ist unabhängig von der Leistungserbringung in unserer Praxis!

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Therapeut (Körpertherapeut / Arzt / Kinderarzt) fallbezogene Behandlungsdaten und von mir oder meinem Kind einholt, die beispielsweise von meinem Körpertherapeut / Arzt / Kinderarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Diese Information darf nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.

Ich möchte nicht, dass Fotos meiner Behandlung zu *anonymisierten* Fortbildungs-, Ausbildungs- und Werbezwecken verwendet werden.

Mit der Terminvereinbarung akzeptieren Sie die o.g. Bestimmungen.

Weiterhin informieren wir Sie darüber, dass für kurzfristig (weniger als 24h) abgesagte und nicht wahrgenommene Termine ebenfalls die Beratungsgebühr in Rechnung gestellt wird.

Wir bitten Sie Termine schriftlich per Mail unter info@berliner-zahngesundheit.de abzusagen, um Missverständnissen vorzubeugen.

Datum: _____

Unterschrift: _____