

**TERMIN FÜR DIE GANZHEITLICHE BEHANDLUNG  
IN DER ZAHNARZTPRAXIS  
TATIANA KLAUSER**

**Termin Vergabe**

wenn Sie eine ganzheitliche Betrachtung, Beratung und Behandlung in unsere Praxis sich wünschen, müssen Sie ausdrücklich am Telefon bei der Terminvereinbarung sagen.

**2 Tage vor ihre Termin**

den ausgefüllte Anamnesebogen für ganzheitliche Behandlung und Ernährungsprotokoll zusammen mit aktuelle Blutwerte (wenn vor handeln) und Röntgenbilder (wenn vor handeln) müssen in der Praxis da sein. Bitte schicken Sie die unterlagen rechtzeitig per Post oder per E-Mail an

Zahnarztpraxis Tatiana Klauser  
Alter Postweg 94  
86159 Augsburg  
Germane

oder

[verwaltung@zahnarzt-klauser.de](mailto:verwaltung@zahnarzt-klauser.de)  
Betreff: Termin Datum und  
Patienten Namen

**wenn Sie außerhalb Deutschland Wohnen**

Bitte beachten Sie dass Ihre Behandlungsplan individuell nur für Sie gestellt wird. Sie werden mehrere Termine in unsere Praxis bekommen um den Ablauf ihre Therapie nicht zu unterbrechen. Wir bemühen uns um die passende Termine für Sie zu finden.

Bitte schicken sie uns ein E-Mail unter [verwaltung@zahnarzt-klauser.de](mailto:verwaltung@zahnarzt-klauser.de) und Bestätigen Sie uns ihre Telefonische vereinbarte Termin.

Für die Aufenthalt in Augsburg sind Sie selber verantwortlich.

**wenn Sie außerhalb Augsburg Wohnen**

Bitte beachten Sie dass Ihre Behandlungsplan individuell nur für Sie gestellt wird. Sie werden mehrere Termine in unsere Praxis bekommen um den Ablauf ihre Therapie nicht zu unterbrechen. Wir bemühen uns um die passende Termine für Sie zu finden.

**Medikamente oder besondere Präparate**

wenn sie Medikamente oder besondere Präparate kinesiologisch auf Verträglichkeit austesten lassen möchten, bringen Sie zu den Termin mit. (nicht mehr als 10)

**Schiene für die Nacht**

falls Sie eine Aufbißschiene für die nacht haben, bringen Sie unbedingt mit.

### ***Check Liste für die ganzheitliche Behandlung***

- Anamnesebogen für ganzheitliche Behandlung (siehe PDF)
- Ernährungsprotokoll 4 Tage (siehe PDF)
- Aktuelle Blutwerte und Vitamin Status (wenn vorhanden)
- Röntgenbilder (wenn 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.***



## 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 zur Zeit 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 EBV, Herpes oder Borreliose gehabt? Wann ? Wie wurden Sie therapiert? \_\_\_\_\_

---



---

Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen? Seit wann? \_\_\_\_\_

---

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)

---



---

**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?** \_\_\_\_\_

**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 zur Zeit 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) \_\_\_\_\_

---



Leiden Sie unter chronischen Schmerzen? Kopf-, Nacken-, Schulter-, Rücken-, Knie- oder Gelenkschmerzen? \_\_\_\_\_

---

---

Bitte beschreiben Sie kurz unter welchen Beschwerden Sie derzeit leiden, seit wann diese Beschwerden bestehen, die Art der Beschwerden und was bisher von Ärzten und Therapeuten dagegen unternommen worden ist. Medikamente und Therapien:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ist Ihr Zahnstatus vollständig? Haben Sie Amalgam oder andere Zahnfüllungen? Gold, Keramik oder Kunststoff? Fehlen Ihnen Zähne?

---

---

---

Haben Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen?) Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung? \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag putzen Sie Ihre Zähne? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

DANKE FÜR IHRE MÜHE!

Ihre Dr. Tatiana Klauser

# Ernährungsprotokoll

## Ziel

Im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Betreuung wird untersucht, in wie weit 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

---



---



Zahnarztpraxis  
**TATIANA KLAUSER**

*Ein Herz für gesunde Zähne!*

MVZ Augsburg Süd ● Alter Postweg 94 ● 86159 Augsburg  
[www.zahnarzt-klauser.de](http://www.zahnarzt-klauser.de) ● [info@zahnarzt-klauser.de](mailto:info@zahnarzt-klauser.de)



## Patienten Information für eine ganzheitliche Behandlung

Lieber Patient, liebe Patientin,

ich freue mich, dass Sie zu mir in die Praxis gefunden haben. Für eine kompetente und individuelle Diagnose benötige ich von Ihnen:

1. Klinische Kontrolluntersuchung
2. ausgefülltes Ernährungsprotokoll
3. ausgefüllter Anamnesebogen für ganzheitliche Behandlung
4. Vital-Feld-Messung mit Global Diagnostik

Sobald ich mich mit Ihrer Situation auseinandergesetzt habe, führen wir ein gemeinsames Gespräch, bei dem wir (Sie und Ich) über die bestmögliche und sinnvollste Behandlung diskutieren, und gemeinsam eine Entscheidung über Ihren individuellen Therapieablauf treffen.

In der Diagnose und Therapie verlasse ich mich zu 100 Prozent auf das Ergebnis der Kinesiologische Testung (AK), ob in der Auswahl der orthomolekularen Präparate (Vitalstoffe) oder bei der Auswahl der dentalen Materialien, die in der Füllungstherapie und beim Zahnersatz (Kronen, Brücke oder Prothese) 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 Privatliquidation erhalten werden und die Rechnung selbst bezahlen müssen.

### **Preisliste**

- Ganzheitliche Anamnese und Erstberatung (120 min.) .....	360 EUR
- Ganzheitliche Beratung (15 min.) .....	60 EUR
- Vital-Feld-Messung mit Global Diagnostik / Digi Soft .....	80 EUR
- Große Kinesiologische Testung (ca. 45 min.) .....	90 EUR
- Mittel Kinesiologische Testung (ca. 20 min.) .....	60 EUR
- Kleine Kinesiologische Testung (ca. 10 min.) .....	20 EUR
- Diagnostik der Kopf- und Körperhaltung (nicht-apparative) .....	30 EUR
- Vital-Feld-Therapie (45 min.) .....	60 EUR
- Schumann Platte (10 min.) .....	25 EUR
- Matrix-Rhythmus-Therapie (15 min.) .....	25 EUR

Name der Krankenkasse <u>Mustermann, Maria</u>		
Name, Vorname des Versicherten/Patienten <u>Augsburg</u>		
Wohnort		
Straße		geb. am <u>10.2.2000</u>
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Vereinbarung über die Erbringung von Leistungen nach §2 Abs. 3 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) Heil- und Kostenplan

Nach Erörterung der Anamnese und der sich darstellenden Behandlungsalternativen sollen auf Verlangen folgende zahnärztliche Leistungen erbracht werden:

Leistungsbeschreibung:	<u>Ganzheitliche Anamnese und Erstberatung ca. 120 Min</u>			
		<u>E 101</u>	<u>€ 360<sup>00</sup></u>	
		a-Ziffer	LNZ-Ziffer	Betrag
	<b>ODER</b>			
Leistungsbeschreibung:	<u>Ganzheitliche Beratung ca. 15 Min</u>			
		<u>E 101</u>	<u>€ 60<sup>00</sup></u>	
		a-Ziffer	LNZ-Ziffer	Betrag
	<b>ODER</b>			
Leistungsbeschreibung:	<u>Große Kinesiologische Testung ca. 45 Min</u>			
		<u>E 203</u>	<u>€ 90<sup>00</sup></u>	
		a-Ziffer	LNZ-Ziffer	Betrag

- Bei der Durchführung dieser Leistungen handelt es sich um eine zahnmedizinisch nicht notwendige Versorgung.
- Mir ist bekannt, 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 diesem Heil- und Kostenplan basierenden Vergütung durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Beihilfestelle) möglicherweise nicht gewährleistet ist. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatliquidation erhalten werde und selbst bezahlen muss.
- Diese Vereinbarung wurde vor Behandlungsbeginn geschlossen. Die Unterzeichnenden bestätigen, jeweils ein Exemplar der Vereinbarung erhalten zu haben.

Augsburg, 5.10.2016      Mustermann Maria      \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum      Unterschrift des Versicherten/Patienten      Unterschrift des Zahnarztes      Praxisstempel

Zahnarztpraxis  
**Tatiana Kläuser**  
 Alter Postweg 94, 86159 Augsburg  
 Tel. 0821/5909140, Fax 0821/5909180  
 www.zahnarzt-klauser.de

Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Versicherungen und Krankenkassen, die die Erstattung von natur- und erfahrungsheilkundlich erbrachten Leistungen Ihres Zahnarztes oder Kieferorthopäden in ihrem Vertrag mit aufgenommen haben.

Best.-Nr. PVB-50 © 2015 BNZ, Urheber- und Nutzungsrechte geschützt, Nachbestellung über BNZ e.V., Frankfurt am Main, Telefon 089 324 1 - 30174, Mobil, Telefon 089 324 1 - 30174, Email, Telefon 089 324 1 - 30174, www.bnz.de, www.dnz.de, www.gnz.de