



Medizinscher Fragebogen (spezielle Anamnese)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie einen Termin in unserer Praxis für biologische Zahnheilkunde vereinbaren möchten. Wie Sie unserer Internetseite entnehmen können, untersuchen wir sehr genau Prozesse im Zahn-Mund-Kieferbereich, die sich negativ auf das Immunsystem auswirken können. Da diese Auswirkungen sehr komplex sind und wir Ihren ersten Besuch in unserer Praxis möglichst effektiv gestalten wollen, bitten wir Sie, die Fragen auf dem folgenden Bogen so genau und so ausführlich wie möglich zu beantworten. Nehmen Sie sich dabei die Broschüren „Biologische Zahnmedizin“ und „Root to disease“ (als Download auf unserer Internetseite) zur Hand.

Senden Sie uns dann den ausgefüllten Bogen und ggf. weitere wichtige Unterlagen an unsere Praxis zur Auswertung zurück. Nur so ist es uns möglich die entsprechende Zeit für Ihren Termin einzuplanen. Sobald alle Unterlagen vollständig bei uns eingegangen sind und von uns ausgewertet wurden, werden wir uns mit Ihnen für eine zeitnahe Terminvergabe in Verbindung setzen.

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Haben Sie eine oder mehrere Grunderkrankungen? nein ja, welche: _____

Seit wann? _____

Wie äußern sich eventuelle Beschwerden?

Nennen Sie bitte alles, was Ihnen wichtig erscheint.

Nutzen Sie ggf die Rückseite oder ein Extrablatt!

Wie stark machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? gar nicht mittel stark

Wie war der bisherige Krankheitsverlauf bzw. die erfolgte Therapie? _____

Nennen Sie bitte alles, was Ihnen wichtig erscheint.

Nutzen Sie ggf die Rückseite oder ein Extrablatt!

Haben Sie Beschwerden ...

- | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| im Kopfbereich (z.B Kopfschmerzen)? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wie stark sind die Beschwerden? | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark |
| im Nacken? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wie stark sind die Beschwerden? | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark |
| in den Schultern? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wie stark sind die Beschwerden? | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark |
| im Rücken? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wie stark sind die Beschwerden? | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark |
| in den Armen oder Beinen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wie stark sind die Beschwerden? | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark |
| sonstige Gelenke? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wie stark sind die Beschwerden? | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark |

Waren oder sind Sie in orthopädischer, physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung? nein ja

Wie sind Sie mit dem Erfolg dieser Behandlung zufrieden? sehr zufrieden, keine weitere Behandlung notwendig mittel nicht zufrieden, weitere Maßnahmen notwendig

Haben Sie Ohrgeräusche (Knacken, Summen)? nein ja

Haben Sie Probleme mit dem Gleichgewicht? nein ja

Haben Sie Veränderungen der Sehkraft festgestellt? nein ja

Haben Sie Auffälligkeiten im Bereich der Schilddrüse? nein ja

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des Magen-, Darmtrakts bzw. der Verdauung? nein ja

Sind oder waren bei Ihnen die Leberwerte auffällig? nein ja

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich...

- der Niere? nein ja
der Blase? nein ja
des Unterleibs? nein ja

Mit wieviel Prozent würden Sie Ihre aktuelle Leistungsfähigkeit einschätzen? 0-30% 40-60% 70-90% 100%

Fühlen Sie sich gestresst? leicht mittel stark

Womit erklären Sie sich den Stress? Arbeit/Beruf Familie Beziehung Seele

Wie schlafen Sie? schlecht mittel gut

Wie ausgeruht und frisch fühlen Sie sich morgens? schlecht mittel gut

Wie oft und wann etwa wachen Sie nachts auf? _____

Bitte nehmen Sie zur Beantwortung der folgenden Fragen das Zahn-Organ-Schema zur Hand (Downloadbereich auf unserer Internetseite)

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Grunderkrankung und bestimmten Zahngruppen?

nein ja, welche: _____

Bitte lesen Sie sich zur Beantwortung der folgenden Fragen in Ruhe die Broschüren „Biologische Zahnheilkunde“ und „Root to disease“ durch.

Haben Sie aktuell Beschwerden im Zahn-Mund-Kieferbereich? nein ja, wie stark sind die Beschwerden? leicht mittel stark

Welche Beschwerden? Wo? Seit wann? _____

Müssen Sie deshalb Schmerzmittel einnehmen?

nein ja, welche: _____

Wie würden Sie Ihren Biss einschätzen?

ausgeglichen unausgeglichen zu hoch zu tief

Wurde bei Ihnen eine Behandlung der Kiefergelenke oder aufgrund von Zähneknirschen/-pressen durchgeführt?

nein ja, welche & seit wann: _____

Wie schätzen Sie den Zustand Ihres Zahnfleischs ein? gut gelegentliche Blutung beim Putzen häufiges Bluten und Schwellungen

Wurde bereits eine Parodontose-Behandlung bei Ihnen durchgeführt?

nein ja, wann: _____

Haben oder hatten Sie Metalle im Mund (speziell Amalgam)?

nein ja

Haben Sie größere Zahnrestaurationen (Inlays, Teilkronen oder Kronen) oder Zahnersatz (Brücken, Implantate oder herausnehmbare Prothesen)?

nein ja

Seit wann? _____

Haben Sie wurzelbehandelte oder wurzeltote Zähne?

nein ja

Sind bei Ihnen bleibende Zähne nicht angelegt, auch Weisheitszähne?

nein ja

Mussten bei Ihnen bleibende Zähne entfernt werden, auch Weisheitszähne?

nein ja

Gab es spezielle Probleme während oder nach der Zahnbehandlung?

nein ja, welche: _____

Nennen Sie bitte alles, was Ihnen wichtig erscheint. _____



Ist in den letzten 12 Monaten ein Übersichtsröntgenbild der Kiefer (*Orthopantomogramm, OPG*) angefertigt worden?
Wenn ja, wo befindet sich das Bild? _____

nein ja

Bitte prüfen Sie, ob folgende Blutwerte bzw. Tests aktuell vorliegen:

- Vitamin D3 (*OH-25 VitaminD3*)
- LDL-Cholesterin
- Kreatinin
- Glucose-6-phosphat-Dehydrogenase-Mangel (*G6PD-Mangel*)
- RANTES
- Thioether / Mercaptan-Belastung
- Schwermetallbelastung (z.B. *Quecksilber*)

Falls diese Werte nicht vorliegen, veranlassen Sie bitte bei Ihrem behandelndem Arzt oder Heilpraktiker die Bestimmung von:

- Vitamin D3 (*OH-25 VitaminD3*)
- LDL-Cholesterin

Ggf. fallen dafür Gebühren an. Bitte erfragen Sie dies vorab.

Bitte übermitteln Sie uns auch mit diesem Fragebogen folgende Unterlagen:

- Unterlagen, die Sie für wichtig erachten
- aktuelles Übersichtsröntgenbild aus den letzten 12 Monaten
- die Ergebnisse des Blutbildes bzw. der Bluttests

Zuletzt möchten wir gerne von Ihnen wissen:

Worin sehen Sie Möglichkeiten Ihren Zustand selber noch zu verbessern?

- Stressreduktion (Arbeit/Beruf/Familie/Beziehung/Seele)
- Änderung der Lebensgewohnheiten (mehr Bewegung, ausreichende und optimale Schlafzeiten, weniger Alkohol, weniger Nikotin)
- Änderung der Ernährungsweise? (mehr Gemüse, weniger Fleisch oder tierische Produkte, weniger Kohlenhydrate)
- Ausgleich von Nährstoffdefiziten durch Nahrungsergänzung?
- Änderung der Mundhygiene?

Welche Wünsche oder Erwartungen haben Sie für diesen ersten Besuch in unserer Praxis?

Welchen Zustand möchten Sie mit einer möglichen Behandlung erreichen? Geben Sie am besten ein Beispiel.

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.



