



# Patienten Fragebogen 2

Name/Vorname .....

Geb. Dat. ....

Die Diagnostik und Therapie in der Umwelt-Zahnmedizin erfolgen nach wissenschaftlichen Kriterien. Diese beinhaltet die Dokumentation von Behandlungsergebnissen. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen vor und nach Abschluss der Behandlung auszufüllen.

Die Klassifizierung in 3=stark, 2=mässig, 1=kaum und 0=nicht, soll den Grad der Belastung durch die vorhandenen Beschwerden wiedergeben. Sind in einem Feld zwei Krankheitssymptome aufgeführt, aber nur eins trifft auf Sie zu, dann streichen Sie das nicht zutreffende Symptom.

Beschwerden	Vor Behandlung Datum.....	Nach Behandlung Datum.....
Energiemangel, Ermüdung, Mattigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Schlafprobleme	3 2 1 0	3 2 1 0
Konzentrationschwäche/Merkfähigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Verminderte Reaktionsfähigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Angst, Nervosität,Unruhe,Depressionen	3 2 1 0	3 2 1 0
Schwindel	3 2 1 0	3 2 1 0
Kopfschmerzen, Migräne	3 2 1 0	3 2 1 0
Ohrgeräusche,Lärmempfindlichkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Sehestörung, Lichtüberempfindlichkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Zittern: Muskelkrämpfe, Taubheitsgefühl	3 2 1 0	3 2 1 0
Gelenk oder rheumatische Beschwerden	3 2 1 0	3 2 1 0
Muskelschwäche, Muskelschmerzen	3 2 1 0	3 2 1 0
Herzrhythmusstörungen	3 2 1 0	3 2 1 0
Atemlosigkeit bei geringer Anstrengung	3 2 1 0	3 2 1 0
Asthma, Husten	3 2 1 0	3 2 1 0
Übelkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Durchfälle, Erbrechen, Blähungen, Verstopfung	3 2 1 0	3 2 1 0
Magenschmerzen	3 2 1 0	3 2 1 0
Colitis ulcerosa/ Morbus Kron	3 2 1 0	3 2 1 0
Appetitlosigkeit, Essen wirkt geschmacklos	3 2 1 0	3 2 1 0
Schlechter Geschmack im Mund	3 2 1 0	3 2 1 0
Metallgeschmack	3 2 1 0	3 2 1 0
Zungen -oder Schleimhautbrennen	3 2 1 0	3 2 1 0
Trockener Mund	3 2 1 0	3 2 1 0
Zahnfleischblüten	3 2 1 0	3 2 1 0
Vermehrter Speichelfluss(z. B nachts, beim Sprechen)	3 2 1 0	3 2 1 0
Zunge fühlt sich grösser an, Zahnabdrücke sind am Zungenrand sichtbar	3 2 1 0	3 2 1 0
Weisse Flecken auf der Schleimhaut	3 2 1 0	3 2 1 0
Haarausfall, glanzloses Haar	3 2 1 0	3 2 1 0
Hautjucken, Hautausschläge	3 2 1 0	3 2 1 0
Grundloses Schwitzen	3 2 1 0	3 2 1 0
Heuschnupfen, Allergien, unverträglichkeiten	3 2 1 0	3 2 1 0
Frieren, kalte Körperteile (Hände, Füsse, Nase)	3 2 1 0	3 2 1 0



# Patienten Fragebogen 1

Name/Vorname ..... Geb. Dat. ....

Bei einer Schwermetallbelastung/Materialienunverträglichkeit tritt eine Vielzahl von Symptomen in unterschiedlichen Körperbereichen auf. Viele dieser Symptome können auch von anderen Krankheiten stammen. Dieser Fragebogen liefert lediglich Anhaltspunkte dafür, ob eine solche Belastung vorliegt. Die Sicherung der Diagnose muss in jedem Fall durch Untersuchungen in der Praxis erfolgen.

Symptome	Falls zutreffend, bitte ankreuzen
Ich habe keine wirklichen Gesundheitsbeschwerden, befürchte aber, dass mich meine Amalgamfüllungen krank machen könnten.	<input type="checkbox"/>
Meine Lebensqualität ist beeinträchtigt ( s. Fragebogen 2)	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Amalgamfüllungen, Metallkronen-oder Prothesen, Implantate	<input type="checkbox"/>
Haben Sie künstliche Gelenke, Metallschrauben/ Platten	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie empfindlich auf Modeschmuck	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Tattoos	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Piercing	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie empfindlich auf Pflaster	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten Welche?	<input type="checkbox"/>
Kamen oder kommen Sie an Ihrem Arbeitsplatz mit Metallen oder Chemikalien in Berührung Welche?	<input type="checkbox"/>
Assen oder essen Sie häufig Fisch und Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>
Haben Sie quecksilberhaltige Medikamente eingenommen Welche?	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an folgenden Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie, chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Chronisches Erschöpfungssyndrom ( CFS)	<input type="checkbox"/>
Morbus Cron	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>
Magen- Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>
Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>
Chronische Infektionen mit Pilzen	<input type="checkbox"/>
Empfindlichkeiten gegenüber Elektrosmog und geopathischen Einflüssen	<input type="checkbox"/>
Unfruchtbarkeit, Impotenz	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Aipten, Fiberblasen	<input type="checkbox"/>