

Fragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Soll eine Kopie der Befunde an Ihren behandelnden Arzt oder Heilpraktiker gehen? Ja nein

Bitte auch vollständige Adresse eintragen:

Anleitung: Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei Beispielen bitte ankreuzen. Ansonsten eigene Worte. Wichtig!!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 - 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark) und in welchem Jahr es zum 1. Mal aufgetreten ist. Zum einzeichnen von Beschwerdearealen können Sie auch das beigefügten Muster Mann/Frau verwenden.

Was ist Ihr Hauptanliegen mir gegenüber?

Unter welchen 3 Hauptbeschwerden leiden Sie?

1.

2.

3.

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden vielleicht der Auslöser?

- Wurzelkanalbehandlung langes Mund geöffnet halten Operation
 Magen-Darm-Problematik Infekt eine Erkrankung Kummer Hautausschläge
 Trauer Medikamente
 Sonstiges:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Pfeiffersches Drüsenfieber
 Windpocken

Sonstiges, bitte nennen:

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

z.B. auch Tonsillektomie, Entfernung Weisheitszähne, Leberflecken

Welche weiteren Narben, neben OP-Narben haben Sie und wodurch? Bitte ALLE Narben benennen, auch kleine und frühe Narben - auch Entbindungsnarben

Fragebogen

Haben Sie ein Kind oder mehrere Kinder geboren? Ja Nein

Wurde bei Ihnen mit Antibiotika / Kortison behandelt? Ja Nein

und wenn ja, wann war die letzte Behandlung?

Leiden Sie unter Völlegefühl, Blähungen, Durchfällen,

Obstipation oder deren Wechsel?

Ja Nein

Wurde eine Darmsanierung durchgeführt?

Ja Nein

Besteht eine Überempfindlichkeit oder Allergie gegen

Medikamente, Pflaster?

Ja Nein

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Ja Nein

Vertragen Sie Alkohol und Anästhetika gut?

Ja Nein

Befinden sich elektrische Geräte im Schlafbereich?

Ja Nein

Verwenden Sie ein kabelloses Telefon?

Ja Nein

Haben Sie berufliche Exposition gegenüber

Lösungsmitteln, Chemikalien, Schwermetallen?

Ja Nein

Leiden Sie unter Schulter-Nacken-Problematiken?

Ja Nein re li

Tennisellbogen?

Ja Nein re li

Karpaltunnelproblematiken?

Ja Nein re li

Kopfschmerzen?

Ja Nein re li

wenn Ja, wo:

wie oft:

Hatten Sie Komplikation mit Betäubungsspritzen bei

zahnärztlichen Maßnahmen?

Ja Nein

Neigen Sie zu vermehrter Blutung bei Zahnentfernung

oder anderen Verletzungen?

Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja Nein

Wurden Weisheitszähne gezogen?

Ja Nein

Gibt es wurzelbehandelte Zähne?

Ja Nein

Zahnfleischbluten?

Ja Nein

Wurde eine Parodontalbehandlung durchgeführt?

Ja Nein

Tragen Sie Amalgamfüllungen

Ja Nein

Wurden Amalgamfüllungen entfernt

Ja Nein

Tragen Sie Zahnimplantate

Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt

Ja Nein

Womit wurde ausgeleitet und wie lange?

Kurze Bezeichnung bestehender weiterer Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Datum:

Unterschrift Patient/in: