



Dokumentationsbogen Biologische Zahnheilkunde

Patientenname: _____

Geb.-Datum: _____

Die Diagnostik und Therapie in der Umwelt-ZahnMedizin erfolgen nach wissenschaftlichen Kriterien. Diese beinhalten auch die Dokumentation von Behandlungsergebnissen. Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Dokumentationsbogen Biologische Zahnheilkunde gewissenhaft auszufüllen.

Erläuterung zum Ausfüllen des Bogens:

Die Klassifizierung in 3 = stark, 2 = mäßig, 1 = kaum und 0 = nicht, soll den Grad der Belastung durch die vorhandenen Beschwerden wiedergeben. Kreuzen Sie nur die zugeordnete Zahl an. Für nicht aufgeführte Beschwerden nutzen Sie die Freifelder am Ende der Tabelle. Sind in einem Feld 2 Krankheitssymptome aufgeführt, aber nur eines trifft für Sie zu, dann streichen Sie das nicht zutreffende Symptom. Treffen beide zu, lassen Sie beide stehen.

z.B.:

Schwäche der Arme / Beine	X 2 1 0
---------------------------	---------

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns herzlich!

Fragestellungen:

Welche Symptome bestehen vor der Behandlung?

Beschwerden	Vor Behandlung Datum:
Zittern, Tremor	3 2 1 0
Ermüdung, Mattigkeit, Energiemangel	3 2 1 0
Schlafprobleme	3 2 1 0
Gefühllosigkeit Hände / Füße / Beine	3 2 1 0
Schwäche der Arme und Beine	3 2 1 0
Verminderte Reaktionsfähigkeit	3 2 1 0
Elektrosensibilität	3 2 1 0
Konzentrationsschwäche / Merkfähigkeit	3 2 1 0
Angst	3 2 1 0
Nervosität	3 2 1 0
Depressivität, Missmut, Unruhe	3 2 1 0

Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Thomas Hoch

zertif. Spezialist Implantologie (DGZI, DGOI), Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (BDIZ)
Umweltzahnheilkunde (DEGUZ)



Name:	Geb.Datum:
Beschwerden	Vor Behandlung Datum:
Schnupfen, Mandelentzündung	3 2 1 0
Nebenhöhlen, Erkältung	3 2 1 0
Kopfschmerz, Migräne	3 2 1 0
Gelenk – o. rheumatische Beschwerden	3 2 1 0
Nackenschmerzen	3 2 1 0
Schwindel	3 2 1 0
Sehstörung, Ödeme d. Augen	3 2 1 0
Ohrensausen, Ohrgeräusche	3 2 1 0
Asthma, Husten	3 2 1 0
Herzrhythmusstörung	3 2 1 0
Durchfälle, Erbrechen	3 2 1 0
Colitis ulcerosa / Morbus Crohn	3 2 1 0
Magen-/ Darmentzündung	3 2 1 0
Stuhlzwang	3 2 1 0
Harnzwang	3 2 1 0
Haarausfall, glanzloses Haar	3 2 1 0
Hautjucken, Ausschläge, Zungen- o. Schleimhautbrennen	3 2 1 0
Metallgeschmack	3 2 1 0
Trockener Mund	3 2 1 0
Heuschnupfen	3 2 1 0
Appetitlosigkeit	3 2 1 0
Graue Gesichtsfarbe	3 2 1 0
Zungen- o. Schleimhautbrennen	3 2 1 0
	3 2 1 0
	3 2 1 0
	3 2 1 0
	3 2 1 0

Datum, Unterschrift Patient

Dr. med. dent. Thomas Hoch

zertif. Spezialist Implantologie (DGZI, DGOI), Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (BDIZ)
Umweltzahnheilkunde (DEGUZ)

Feststellung des Risikos für eine Sensibilisierung gegenüber Dentalersatzmaterialien

Mit Hilfe dieses Fragebogens soll ihr allergisches Risiko ermittelt werden. Durch die korrekte Beantwortung der Fragen unterstützen Sie das Aufklärungsgespräch des Zahnarztes.

Name: Vorname: Geb. am

Haben Sie derzeit Beschwerden in der Mundhöhle?

- Schmerzsyndrome ja nein
- Metallgeschmack ja nein
- Zungenbrennen ja nein
- Trockener Mund/Schleimhäute ja nein
- Zahnfleischentzündung ja nein
- Aphten ja nein
- Zungeneindrücke/Schwellung ja nein
- Andere.....

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- Migräne/Kopfschmerzen ja nein
- Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme) ja nein
- Immunerkrankung (Rheuma, Lupus, Multiple Sklerose) ja nein

Tragen/trugen Sie:

- Kieferorthopädische Geräte ja nein
- Tätowierungen ja nein
- Piercing ja nein
- Kontaktlinsen ja nein
- Schrauben/künstl. Gelenke ja nein
- Hormone/Spirale ja nein
- Künstl. Blutgefäße/Herzschrittmacher ja nein

Haben Sie Probleme mit einen dieser Punkte?

Sind nach Unfällen jemals Metalle bei Ihnen operativ eingebracht worden? ja nein

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

- Heuschnupfen ja nein
- Modeschmuck (Nickel,Chrom) ja nein
- Goldschmuck ja nein
- Medikamente ja nein
- bei ja, welche:
- Nahrungsmittel ja nein
- bei ja, welche:
- Pflaster ja nein
- Zahnärztliche Werkstoffe ja nein
- Betäubungsmittel ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergietest durchgeführt?

- Hauttest (Epikutantest) ja nein
- Lymphozyten-Transformations-Test (LTT) ja nein
- Auf was haben Sie reagiert?.....

Besitzen Sie einen Allergiepass, in dem die Stoffe eingetragen sind? ja nein

Nehmen Sie gegenwärtig eines der folgenden Medikamente ein? ja nein
(Kortisonpräparate, Zytostika, Immunsuppressiva, Penicillin oder andere Antibiotika)

Datum, Unterschrift Patient