

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

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
	3 2 1 0

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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Metallgeschmack | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Trockener Mund/Schleimhäute | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aphten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zungeneindrücke/Schwellung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere..... | | |

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Migräne/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Immunerkrankung (Rheuma, Lupus, Multiple Sklerose) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Tragen/trugen Sie:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Kieferorthopädische Geräte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tätowierungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Piercing | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schrauben/künstl. Gelenke | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hormone/Spirale | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Künstl. Blutgefäße/Herzschriftermacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Modegeschmuck (Nickel, Chrom) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Goldschmuck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lymphozyten-Transformations-Test (LTT) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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