

kompetent - professionell - ganzheitlich

**Ganzheitliche Praxis
für Endodontie und Umwelt-Zahnmedizin**

Dr. Ralf Günther

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: Privat Gesetzlich / freiwillig versichert? ja / nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Basistarif Standardtarif

Geburtsdatum/Ort: _____ / _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Geburtsort: _____

Blutgruppe: _____

Geburtszeit (wenn möglich): _____

Ich komme auf **Empfehlung/Überweisung von** (bitte genaue Bezeichnung ob Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut, Heilpraktiker etc. sowie dessen genaue Anschrift):

Grund der Überweisung:

Kurze Stichwortartige Beschreibung der jetzigen Beschwerden (bitte auch angeben, wie lange die Beschwerden schon andauern bzw. wann sie erstmals auftraten)

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus.

Krankheitsgeschichte:

Geburtsstörungen: _____

Erkrankungen (Zeitangabe):

Unfälle/Operationen (Zeitangabe evtl. auch Krankenhäuser angeben):

Wurden durch OPs Metalle in den Körper eingebracht?

nein

ja

Wo im Körper:

Welches Metall, wenn bekannt:

Allergien (wenn möglich, erstes Auftreten):

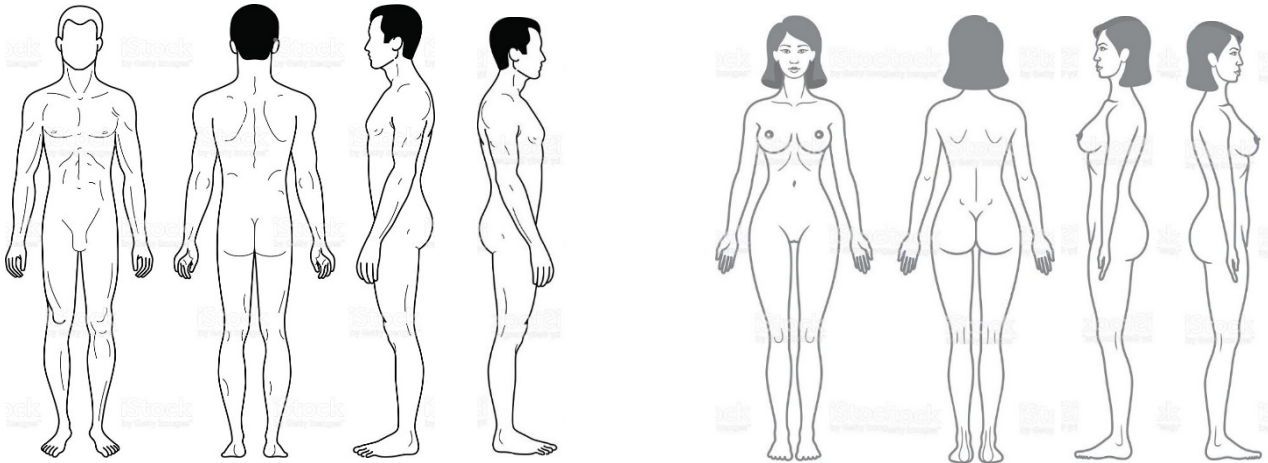
Reaktionen auf: Edelmetall

Modeschmuck

Zahnbehandlungen und Zahnentfernungen:

Schwangerschaft (Dammschnitt / Kaiserschnitt):

Welche Narben bzw. Schmerzstellen haben Sie am Körper?
Bitte mit blauem Stift die Narben und mit roten Stift die Hauptschmerzstellen einzeichnen.



Jetzige Beschwerden

Kopfschmerzen/ Migräne:
(wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation und Verteilung am Kopf)

Ohrgeräusche:

Häufig: Mandelentzündung Halsschmerzen
 Schnupfen

Lungenerkrankungen / Bronchialerkrankungen, Asthma, Atemnot:

Herzbeschwerden: Rhythmusstörungen koronare Herzkrankheit
 Zustand nach Infarkt Sonstiges: _____

Verdauungsstörungen:

- Magen, Sodbrennen, Völlegefühl
- Leber/Galle: z.B. Fettunverträglichkeit
- Bauchspeicheldrüse z.B. Diabetes
- Blähungen

Andere Unverträglichkeiten:
welche: _____

Schilddrüsenstörungen: welche?

Darm: Normaler Stuhlgang
 Verstopfung
 Abführmittel notwendig
 Durchfall
 Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung
 Sonstiges: _____

Muskelschmerzen:

Müdigkeitssyndrom:

Psychische Erkrankungen?

- Anorexie
 - Bulimie
 - Angststörungen
 - Sonstiges: _____
-

Störungen Niere / Blase?

- Welche? _____
-

Gynäkologische Probleme

- Welche? _____
-

Menstruation regelmäßig?

Ja?

Nein?

Prostatabeschwerden:

Gelenkstörungen? Große Gelenke (Schulter/Hüfte)
 kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)

Kälte- oder Wärmeempfindlichkeit?

Lebenssituation:

Ledig

Geschieden seit: _____

Getrennt seit: _____

Verwitwet seit: _____

Verheiratet seit: _____

Mit Partner zusammenlebend

Anzahl der Kinder: _____

Alter der Kinder: _____

Berufliche Betätigung: _____

- überwiegend sitzend
 - stehend
 - gemischt
 - Stress
-

Hobbies?

Sportbetätigung? Wie oft/welche? _____

Welche Arzneimittel werden z.Zt. eingenommen? (bitte Präparatenamen und wofür)

Welche Impfungen wurden bei Ihnen durchgeführt?

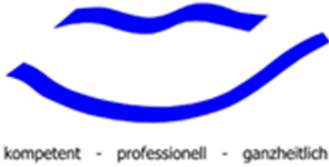
Von welchen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten etc. sind sie innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt worden?

(Bitte unbedingt angeben: Fachrichtung, Name, Straße, Ort, ggf. Telefon)

Bitte legen Sie der Anamnese-mappe in Kopie bei:

- Liste der von Ihrem Zahnarzt verwendeten Materialien
- Allergiepass
- Laborwerte der letzten 12 Monate
- Röntgenbilder Ihrer Zähne (im Original)
- sonstige ärztliche Diagnosen

Für diese Unterlagen besteht Urheberschutz. Sie dürfen nur für den angegebenen Zweck verwendet werden.



Dokumentationsbogen

Name: _____ geb.: _____

Die Diagnostik und Therapie in der Umwelt-ZahnMedizin erfolgen nach wissenschaftlichen Kriterien. Dieses beinhaltet die Dokumentation von Behandlungsergebnissen. Wir bitten Sie daher, den beiliegenden „Beschwerdebogen“ auszufüllen.

Fragestellungen:

Welche Symptome bestehen vor der Behandlung? Wie haben sich die Beschwerden nach der Therapie verändert?

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 vor und nach der Behandlung 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.

Zum Beispiel:

Schwäche der Arme/Beine	X 2 1 0	3 2 1 X
Schnupfen, Mandelentzündung	3 X 1 0	3 2 X 0

Die Beispiele zeigen, dass die Schwächung der Arme nach der Metallsanierung abgeklungen ist, der Schnupfen nur geringgradige Veränderungen erfahren hat und eine Mandelentzündung nicht vorliegt.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns herzlich!

Beschwerden	Vor Behandlung Datum	Nach Behandlung Datum
Zittern, Tremor	3 2 1 0	3 2 1 0
Ermüdung, Mattigkeit, Energiemangel	3 2 1 0	3 2 1 0
Schlafprobleme	3 2 1 0	3 2 1 0
Gefühllosigkeit Hände/Füße/Beine	3 2 1 0	3 2 1 0
Schwäche der Arme, Beine	3 2 1 0	3 2 1 0
verminderte Reaktionsfähigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0

Bitte wenden

Beschwerden	Vor Behandlung Datum	Nach Behandlung Datum
Elektrosensibilität	3 2 1 0	3 2 1 0
Konzentrationschwäche / Merkfähigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Angst	3 2 1 0	3 2 1 0
Nervosität	3 2 1 0	3 2 1 0
Depressivität, Missmut, Unruhe	3 2 1 0	3 2 1 0
Schnupfen, Mandelentzündung	3 2 1 0	3 2 1 0
Nebenhöhlen, Erkältung	3 2 1 0	3 2 1 0
Kopfschmerz, Migräne	3 2 1 0	3 2 1 0
Gelenk- o. rheumatische Beschwerden	3 2 1 0	3 2 1 0
Nackenschmerzen	3 2 1 0	3 2 1 0
Schwindel	3 2 1 0	3 2 1 0
Sehstörung, Ödeme der Augen	3 2 1 0	3 2 1 0
Ohrensausen, Ohrgeräusche	3 2 1 0	3 2 1 0
Asthma, Husten	3 2 1 0	3 2 1 0
Herzrhythmusstörungen	3 2 1 0	3 2 1 0
Durchfälle, Erbrechen	3 2 1 0	3 2 1 0
Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	3 2 1 0	3 2 1 0
Magen- /Darmenzündung	3 2 1 0	3 2 1 0
Stuhlzwang	3 2 1 0	3 2 1 0
Harnzwang	3 2 1 0	3 2 1 0
Haarausfall, glanzloses Haar	3 2 1 0	3 2 1 0
Hautjucken, Ausschläge	3 2 1 0	3 2 1 0
Graue Gesichtsfarbe	3 2 1 0	3 2 1 0
Zungen- oder Schleimhautbrennen	3 2 1 0	3 2 1 0
Metallgeschmack	3 2 1 0	3 2 1 0
Zahnfleischbluten	3 2 1 0	3 2 1 0
Trockener Mund	3 2 1 0	3 2 1 0
Heuschnupfen	3 2 1 0	3 2 1 0
Appetitlosigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
	3 2 1 0	3 2 1 0
	3 2 1 0	3 2 1 0
	3 2 1 0	3 2 1 0