

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

SPEZIELLE ANAMNESE

Dr. med. dent.

THOMAS WÖLFEL

Biologische Zahnmedizin

Implantologie



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie einen Termin in unserer Praxis für biologische Zahnheilkunde vereinbaren möchten. Wie Sie unserer Internetseite entnehmen können, untersuchen wir sehr genau Prozesse im Zahn-Mund-Kieferbereich, die sich negativ auf das Immunsystem auswirken können. Da diese Auswirkungen sehr komplex sind und wir Ihren ersten Besuch in unserer Praxis möglichst effektiv gestalten wollen, bitten wir Sie, die Fragen auf dem folgenden Bogen so genau und so ausführlich wie möglich zu beantworten. Nehmen Sie sich dabei die Broschüren „Biologische Zahnmedizin“ und „Root to disease“ (als Download auf unserer Internetseite) zur Hand.

Senden Sie uns dann den ausgefüllten Bogen und ggf. weitere wichtige Unterlagen an unsere Praxis zur Auswertung zurück. Nur so ist es uns möglich die entsprechende Zeit für Ihren Termin einzuplanen. Sobald alle Unterlagen vollständig bei uns eingegangen sind und von uns ausgewertet wurden, werden wir uns mit Ihnen für eine zeitnahe Terminvergabe in Verbindung setzen.

◆ Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

◆ Haben Sie eine oder mehrere Grunderkrankungen? nein ja, welche: _____

◆ Seit wann? _____

◆ Wie äußern sich eventuelle Beschwerden? _____
Nennen Sie bitte alles, was Ihnen wichtig erscheint.
Nutzen Sie ggf die Rückseite oder ein Extrablatt!

◆ Wie stark machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? gar nicht mittel stark

◆ Wie war der bisherige Krankheitsverlauf bzw. die erfolgte Therapie? _____
Nennen Sie bitte alles, was Ihnen wichtig erscheint.
Nutzen Sie ggf die Rückseite oder ein Extrablatt!

◆ Haben Sie Beschwerden ...

im Kopfbereich (z.B Kopfschmerzen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie stark sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
im Nacken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie stark sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
in den Schultern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie stark sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
im Rücken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie stark sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
in den Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie stark sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
sonstige Gelenke?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie stark sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark



Waren oder sind Sie in orthopädischer, physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung? nein ja
 Wie sind Sie mit dem Erfolg dieser Behandlung zufrieden? sehr zufrieden, keine weitere Behandlung notwendig mittel nicht zufrieden, weitere Maßnahmen notwendig

Haben Sie Ohrgeräusche (Knacken, Summen)? nein ja
 Haben Sie Probleme mit dem Gleichgewicht? nein ja
 Haben Sie Veränderungen der Sehkraft festgestellt? nein ja
 Haben Sie Auffälligkeiten im Bereich der Schilddrüse? nein ja
 Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des Magen-, Darmtrakts bzw. der Verdauung? nein ja
 Sind oder waren bei Ihnen die Leberwerte auffällig? nein ja

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich...?
 der Niere? nein ja
 der Blase? nein ja
 des Unterleibs? nein ja

Mit wieviel Prozent würden Sie Ihre aktuelle Leistungsfähigkeit einschätzen? 0-30 % 40-60 % 70-90 % 100 %
 Fühlen Sie sich gestresst? leicht mittel stark
 Womit erklären Sie sich den Stress? Arbeit/Beruf Familie Beziehung Seele
 Wie schlafen Sie? schlecht mittel gut
 Wie ausgeruht und frisch fühlen Sie sich morgens? schlecht mittel gut
 Wie oft und wann etwa wachen Sie nachts auf? schlecht mittel gut

Bitte lesen Sie sich zur Beantwortung der folgenden Fragen in Ruhe die Broschüren „Biologische Zahnheilkunde“ und „Root2Disease“ durch.

Haben Sie aktuell Beschwerden im Zahn-Mund-Kieferbereich? nein ja, wie stark sind die Beschwerden? leicht mittel stark
 Welche Beschwerden? Wo? Seit wann? _____

Müssen Sie deshalb Schmerzmittel einnehmen? nein ja, welche: _____
 Wie würden Sie Ihren Biss einschätzen? ausgeglichen unausgeglichen zu hoch zu tief

Wurde bei Ihnen eine Behandlung der Kiefergelenke oder aufgrund von Zähneknirschen/-pressen durchgeführt? nein ja, welche & seit wann: _____

Wie schätzen Sie den Zustand Ihres Zahnfleisches ein? gut gelegentliche Blutung beim Putzen häufiges Bluten und Schwellungen

Wurde bereits eine Parodontose-Behandlung bei Ihnen durchgeführt? nein ja, wann: _____
 Haben oder hatten Sie Metalle im Mund (speziell Amalgam)? nein ja
 Haben Sie größere Zahnrestaurationen (Inlays, Teilkronen oder Kronen) oder Zahnersatz (Brücken, Implantate oder herausnehmbare Prothesen)?
 Seit wann? _____

Haben Sie wurzelbehandelte oder wurzeltote Zähne? nein ja
 Sind bei Ihnen bleibende Zähne nicht angelegt, auch Weisheitszähne? nein ja
 Mussten bei Ihnen bleibende Zähne entfernt werden, auch Weisheitszähne? nein ja
 Gab es spezielle Probleme während oder nach der Zahnbehandlung? nein ja, welche: _____

Nennen Sie bitte alles, was Ihnen wichtig erscheint: _____



- ☛ Ist in den letzten 12 Monaten ein Übersichtsröntgenbild der Kiefer (Orthopantomogramm, OPG) angefertigt worden? nein ja
Wenn ja, wo befindet sich das Bild?

- ☛ Bitte prüfen Sie, ob folgende Blutwerte bzw. Tests aktuell vorliegen:

- Vitamin D3 (OH-25 VitaminD3)
- LDL-Cholesterin
- Kreatinin
- Glucose-6-phosphat-Dehydrogenase-Mangel (G6PD-Mangel)
- RANTES
- Thioether / Mercaptan-Belastung
- Schwermetallbelastung (z.B. Quecksilber)

- ☛ Falls diese Werte nicht vorliegen, veranlassen Sie bitte bei Ihrem behandelndem Arzt oder Heilpraktiker die Bestimmung von:

- Vitamin D3 (OH-25 VitaminD3)
- LDL-Cholesterin

Ggf. fallen dafür Gebühren an. Bitte erfragen Sie dies vorab.

- ☛ Bitte übermitteln Sie uns auch mit diesem Fragebogen folgende Unterlagen:

- Unterlagen, die Sie für wichtig erachten
- aktuelles Übersichtsröntgenbild aus den letzten 12 Monaten
- die Ergebnisse des Blutbildes bzw. der Bluttests

Zuletzt möchten wir gerne von Ihnen wissen:

- ☛ Worin sehen Sie Möglichkeiten Ihren Zustand selber noch zu verbessern?

- Stressreduktion (Arbeit/Beruf/Familie/Beziehung/Seele)
- Änderung der Lebensgewohnheiten (mehr Bewegung, ausreichende und optimale Schlafzeiten, weniger Alkohol, weniger Nikotin)
- Änderung der Ernährungsweise? (mehr Gemüse, weniger Fleisch oder tierische Produkte, weniger Kohlenhydrate)
- Ausgleich von Nährstoffdefiziten durch Nahrungsergänzung?
- Änderung der Mundhygiene?

- ☛ Welche Wünsche oder Erwartungen haben Sie für diesen ersten Besuch in unserer Praxis?

- ☛ Welchen Zustand möchten Sie mit einer möglichen Behandlung erreichen? Geben Sie am besten ein Beispiel.

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

