

ANAMNESEBOGEN SEITE 1



Sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen-Panorama-Aufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn- / Mundbereichs unterstützen zu können.

Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.

ALLGEMEINE DATEN

Vor- und Nachname

Geburtsdatum, -ort, -land

Straße, PLZ, Wohnort

Telefonnummer privat

Telefonnummer beruflich

Telefonnummer mobil

E-Mail-Adresse

Beruf und Arbeitsgeber

Hausarzt

Versicherungsstatus gesetzlich privat Beihilfe Zusatzversicherung

Abweichender Rechnungsempfänger (z.B. bei minderjährigen Patienten):

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Ja	Nein	Ja	Nein
	Asthma , Bronchitis		Osteoporose
	Zuckerkrankheit		HIV-Infektion
	Blutgerinnungsstörung		Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
	Herzinfarkt		Störungen Magen/Darm/Verdauung
	Schlaganfall		Entzündung der Nasennebenhöhlen
	Nehmen Sie Marcumar/Blutverdünner?		
	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Nahrungsergänzung / Homöopathika)		
	Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten (Medikamente, Materialien, Sonstiges)		
	Rauchen Sie?		
	Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?		
	Sonstige Angaben, andere Krankheiten?		



ANAMNESE BIOLOGISCHE ZAHN-MEDIZIN, STÖRFELDDANALYSE

Sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese Zusammenhänge in Kombination mit Ihrer Röntgenaufnahme zu erkennen und Ihnen auf Ihrem Weg zu mehr Gesundheit besser helfen zu können.

ALLGEMEINANAMNESE: besteht bei Ihnen eine chronische Allgemeinerkrankung wie z.B. Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis, Alzheimer, usw., und seit wann?

UNTERLEIB: Störungen oder Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Frauen z.B. Myome—Männer z.B. Prostata)?

GELENKBESCHWERDEN: Leiden Sie unter Schulter–Arm–Syndrom, Tennisellenbogen, Schmerzen an Knie, Hüfte, Bandscheiben, Fußgelenk usw. und seit wann? Bitte genau beschreiben (und ggf. auf Seite 7 einzeichnen)

LUNGE, BRONCHIEN: Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?

NEBENHÖHLEN: Leiden Sie unter chronischen Entzündungen der Stirn-, Kiefer- oder Nasennebenhöhlen?

HERZ- / KREISLAUFSYSTEM: abnormer Blutdruck, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen?

STOFFWECHSELORGANE: Leiden Sie an Erkrankungen oder Störungen der Schilddrüsen, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?

ENERGIESTATUS: Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen? Gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde?

MAGEN UND DARM: Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen oder Darm? Bitte genau beschreiben:

Nehmen Sie regelmäßig **MEDIKAMENTE** oder **NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL** ein, wenn ja, welche?

FRAUEN: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

Zahnarztpraxis Katrin Reitzner
Biologische Zahnmedizin

Hinter den Höfen 1b
35091 Cölbe-Bürgeln

T 06427 8357
F 06427 931947

E info@biozahnarzt-marburg.de
W www.biozahnarzt-marburg.de



MEDICAL SYMPTOMS QUESTIONNAIRE

BEWERTUNG

Bewerten Sie jedes der folgenden Symptome, basierend auf Ihrem typischen Gesundheitszustand der letzten 30 Tage und trage die Werte in die Spalte 1 ein:

- 0** – Niemals oder fast nie
- 1** – Manchmal—Auswirkungen nicht gravierend
- 2** – Manchmal—Auswirkungen stark
- 3** – Häufig—Auswirkungen nicht gravierend
- 4** – Häufig—Auswirkungen stark

GEBIET	SYMPTOM	SPALTE 1					SPALTE 2				
Kopf	Kopfschmerzen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Mattheit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schwindel	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schlaflosigkeit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Augen	Wässrig, brennend, juckend	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Augenlider geschwollen, rot, verklebt	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Tränensäcke, schwarze Ringe	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Sicht verschwommen, Tunnelblick	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ohren	Juckend	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Ohrenschmerzen, Ohreninfektionen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Flüssigkeit aus dem Ohr	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Klingeln im Ohr, Hörverlust	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nase	Verstopft	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Nebenhöhlenprobleme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Heuschnupfen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Niesattacken	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Lippen	Aphten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Haut	Akne	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Nesselsucht, Ausschlag, trockene Haut	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Haarverlust	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Hitzewallungen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Übertriebenes Schwitzen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Herz	Unregelmäßiger Herzschlag	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schneller oder starker Herzschlag	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Brustschmerz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Lunge	Brustenge	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Asthma, Bronchitis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Kurzatmigkeit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Atembeschwerden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Magen-Darmtrakt	Übelkeit, Erbrechen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Durchfall	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Verstopfung	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Aufgeblähtes Gefühl, Rülpsen, Blähungen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Sodbrennen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Bauch- /Magenschmerzen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5



BEWERTUNG

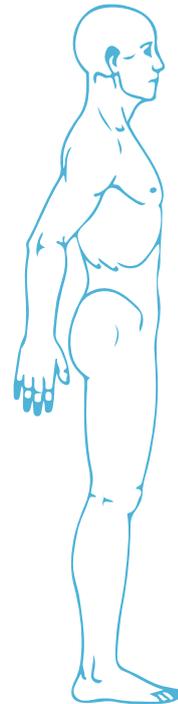
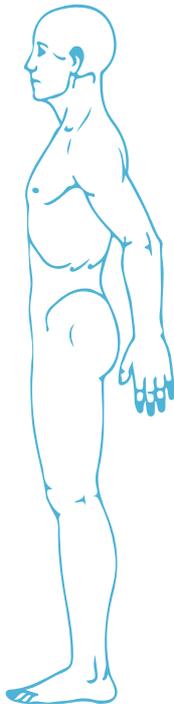
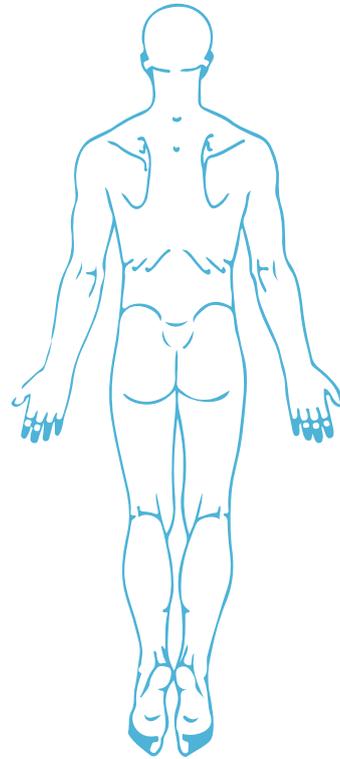
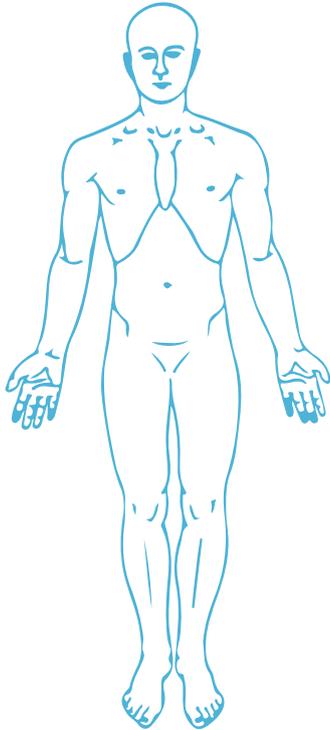
- 0** – Niemals oder fast nie
- 1** – Manchmal—Auswirkungen nicht gravierend
- 2** – Manchmal—Auswirkungen stark
- 3** – Häufig—Auswirkungen nicht gravierend
- 4** – Häufig—Auswirkungen stark

GEBIET	SYMPTOM	SPALTE 1					SPALTE 2				
Gelenke, Muskeln	Gelenkschmerzen, -beschwerden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Arthritis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Steifheit oder Bewegungseinschränkung	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Muskelbeschwerden oder -Schmerzen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schwäche, Müdigkeitsgefühl	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Gewicht	Fressattacken, Trinkattacken	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Gelüste auf bestimmte Nahrungsmittel	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Übergewicht	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Zwanghaftes Essverhalten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Wasser- Speicherung, Ödeme	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Energie	Untergewicht	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Müdigkeit, Faulheit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Apathie, Teilnahmslosigkeit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Hyperaktivität	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Hirn	Ruhelosigkeit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schlechtes Erinnerungsvermögen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Verwirrtheit, schlechte Auffassung	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schlechte Konzentrationsfähigkeit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Schlechte Koordination	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Emotionen	Entscheidungsschwierigkeiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Lernschwierigkeiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Stottern oder stammeln	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Stimmungsschwankungen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Innere Unruhe, Angst, Nervosität	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sonstiges	Ärger, Erregbarkeit, Aggressivität	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Depression	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Häufige Infekte, Krankheiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5



WELCHE NARBEN BZW. SCHMERZSTELLEN HABEN SIE AM KÖRPER?

Bitte in den Figuren mit **blauem Stift** die Narben und mit **rotem Stift** die Hauptschmerzstellen einzeichnen.





**VON WELCHEN ÄRZTEN, ZAHNÄRZTEN, HEILPRAKTIKERN, PHYSIOTHERAPEUTEN ETC.
SIND SIE INNERHALB DER LETZTEN 5 JAHRE BEHANDELT WORDEN?**

Bitte unbedingt angeben: Fachrichtung, Name, Straße, Ort, ggf. Telefonnummer

BITTE LEGEN SIE DIESER ANAMNESEMAPPE IN KOPIE BEI:

- Röntgenbilder Ihrer Zähne (im Original) der letzten 12 Monate oder mit direktem Fallbezug
- (CT,MRT, DVT ggf. auf Datenträger)
- Liste der von Ihrem Zahnarzt verwendeten Materialien
- Allergiepass
- Laborwerte der letzten 12 Monate
- sonstige Auswertungen Bildgebender Verfahren
- sonstige ärztliche Diagnosen der letzten 12 Jahre

**BITTE SENDEN SIE IHRE UNTERLAGEN BIS SPÄTESTENS
1 WOCHE VOR IHREM TERMIN PER POST ODER PER EMAIL AN:**

Zahnarztpraxis Katrin Reitzner
Biologische Zahnmedizin
Hinter den Höfen 1B
35091 Cölbe – Bürgeln

info@biozahnarzt-marburg.de

Vielen Dank!

**Zahnarztpraxis Katrin Reitzner
Biologische Zahnmedizin**

Hinter den Höfen 1b
35091 Cölbe-Bürgeln

T 06427 8357
F 06427 931947

E info@biozahnarzt-marburg.de
W www.biozahnarzt-marburg.de