



Fragebogen

Name: _____ Körpergröße: _____
Vorname: _____ Gewicht: _____
Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Straße, Hausnummer: _____ Versicherung: _____
Postleitzahl: _____
Ort: _____
Telefon: _____
Beruf: _____

Anamnese

Besteht im Moment oder bestand vor kurzem ein grippaler Effekt? Ja Nein

Beschreiben sie bitte ihre aktuellen Beschwerden:

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

Wann kommen die Beschwerden am häufigsten vor?

(Beispiele: Morgens, Mittags, Abends, unregelmäßig, ständig, unter Anstrengung, in Ruhe)

Haben sich die Beschwerden:

Verbessert? Wenn Ja, seit wann?

Verschlechtert? Wenn Ja, seit wann?

Sind bei ihnen akute oder chronische Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Sind ihre Beschwerden von bestimmten Faktoren abhängig?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wetter	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Aufregung/Stress	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Aufenthaltort	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Körperliche Belastung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schadstoffkontakt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sonstiges: _____		
Klagen ihre Mitbewohner bzw. Arbeitskollegen über ähnliche Beschwerden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Vermuten Sie Schadstoffe als Ursache ihrer Beschwerden? Wenn Ja, welche? _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Vermuten Sie Elektromog (Magnetfelder, Handymasten usw.) als Ursache? Wenn Ja, wie und wann geraten sie mit diesen in Kontakt? _____ _____ _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wurden durch labormedizinische Messungen/Untersuchungen bei ihnen Schadstoffe oder negative Umweltfaktoren festgestellt? Wenn Ja, welche? _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wurden Entgiftungen oder entgiftende Maßnahmen durchgeführt? Wenn Ja, welche? _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Jetzige Medikamenteneinnahme:		
Cortison Präparate?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Immunsuppressiva?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Blutverdünnende Mittel?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Blutdrucksenkende Mittel?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lipidsenker?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Cholesterin senkende Präparate?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schmerzmittel?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Beruhigungs- bzw. Schlafmittel?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Vitaminpräparate?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Abfuhrmittel?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>



Mineralien? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Haben sie besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. vegan)

Bestenn bei ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Haben sie normalen Appetit? Ja Nein

Haben sie schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein

Ist ihr Stuhlgang normal? Ja Nein
Wenn Nein, was für Beschwerden haben sie? _____

Wie viel trinken sie am Tag? _____

Wie viel davon ist Wasser? _____

Wie oft trinken sie Kaffee, Tee, oder Cola-Getränke?
Kaffee: _____
Tee: _____
Cola Getränke: _____

Nehmen sie alkoholische Getränke zu sich? Ja Nein
Wenn Ja, wie oft und welche? _____

Rauchen sie? Ja Nein

Ex-Raucher seit: _____

Wie viele Zigaretten rauchen sie/haben sie täglich geraucht? _____

Sind sie oft (passiv) Zigarettenrauch ausgesetzt? Ja Nein



Treiben sie Sport oder Bewegungsausgleich? Ja Nein
 Wenn Ja, welchen und wie oft? _____

Haben sie empfindliche Zähne? Ja Nein
 Wenn Ja, welche? _____

Wurden Entgiftungstherapien durchgeführt? Ja Nein
 Wenn Ja, wann und welche? _____

Wurden bei ihnen Laboruntersuchen durchgeführt? Ja Nein
 Wenn Ja, welche? _____

Sind Kauen und Mundöffnung behindert? Ja Nein

Muskelschmerzen im Kopfbereich? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie? Ja Nein

Lippenpressen / Zungenpressen? Ja Nein

Beobachten Sie Kiefergelenkknacken? Ja Nein

Kiefergelenkschmerzen? Ja Nein

Kieferknochenschmerzen? Ja Nein

Haben / hatten Sie Probleme mit Betäubungsspritzen? Ja Nein

Wenn Ja, welches Betäubungsmittel? _____

Gab es Operationen im Kieferbereich? Ja Nein
 Wenn Ja, wann und wo? _____

Haben Sie Füllungen, Kronen, Brücken aus: Ja Nein

Gold? Ja Nein

Legierung? Ja Nein

Keramik? Ja Nein

Welche? _____



Amalgam? Ja Nein
 Kunststoff? Ja Nein
 Welcher? _____

Haben Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz? Ja Nein
 Wenn Ja, seit wann und aus welchem Material? _____

Leiden Sie unter Metallgeschmack im Mund? Ja Nein

Wurde eine Zahnimplantation durchgeführt? Ja Nein
 Wenn Ja, wann und welches System? _____

Wurden Knochenersatzmaterialien oder Regenerationsmembranen eingesetzt? Ja Nein
 Wenn Ja, wann und welche? _____

Haben Sie einen Unfall oder Verletzungen im Gesicht / am Kiefer erlitten?
 Wenn Ja, wann und welche? _____

Besteht / bestanden:

Zahnfleischblutungen? Ja Nein
 Tendenz zur Bildung von Beläge auf Zähne? Ja Nein
 Tendenz zur Bildung von Beläge auf Zunge? Ja Nein
 Tendenz zur Bildung von Beläge auf Schleimhäute? Ja Nein
 Beobachten Sie Zahnwanderungen, Verschiebungen? Ja Nein
 Ist Zahnverlust durch Zahnlockerung eingetreten? Ja Nein
 Wurde bereits eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Ja Nein
 Wenn Ja, wann? _____
 Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein
 Wenn Ja, wann? _____

Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung:

CT: _____
 Kernspin: _____
 DVT: _____
 Panoramaröntgenbild: _____
 Einzelzahnrontgen: _____

Waren Sie schon mal bei uns in Behandlung? Ja Nein
Wenn ja wann: _____

Wer hat Sie empfohlen? _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?

Asthma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Chronische Bronchitis	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Allergien / Neurodermitis	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Diabetes mellitus	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Herzerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Nervenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Neurologische Erkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Krebserkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, wer? _____	
Welcher Tumor? _____	

Litten oder leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

Augenerkrankungen (z.B.: Beeinträchtigung der Sehfähigkeit, Star, Lichtempfindlichkeit)?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, welche? _____	
Ohrenerkrankungen (z.B.: Ohrenscherzen, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Tinnitus)?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, welche? _____	
Infektionskrankheit (z.B.: Nasennebenhöhlenentzündungen, Otitis, Rhinitis, Pharyngitis)?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, welche? _____	
Hauterkrankungen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, welche? _____	
Allergien?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, welche? _____	
Diabetes mellitus?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, spritzen Sie Insulin?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
eingestellt mit Tabletten? _____	
eingestellt mit Diät? _____	



Blutgerinnungsstörung?	Ja O	Nein O
Schilddrüsenerkrankungen?	Ja O	Nein O
Neurologische (Nerven-)Erkrankungen?	Ja O	Nein O
Epilepsie	Ja O	Nein O
Lungenerkrankungen (z.B.: Asthma)?	Ja O	Nein O
Herzkrankungen?	Ja O	Nein O
Angeborene oder erworbene Herzfehler?	Ja O	Nein O
Klappenfehler?	Ja O	Nein O
Kappenprothese?	Ja O	Nein O
Herzschrittmacher?	Ja O	Nein O
Herzoperationen?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, welche? -----		
Herzinfarkt?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, wann? -----		
Hohen Blutdruck?	Ja O	Nein O
Niedriger Blutdruck?	Ja O	Nein O
Gefäßerkrankungen (Thrombosen, Embolie, Krampfadern, arterielle Verschlusskrankheit)?	Ja O	Nein O
Magenerkrankungen?	Ja O	Nein O
Darmerkrankungen?	Ja O	Nein O
Lebererkrankungen?	Ja O	Nein O
Gallenerkrankungen?	Ja O	Nein O
Bauchspeicheldrüsenerkrankungen?	Ja O	Nein O
Nieren und Harnwegerkrankungen?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, welche? -----		
Immunerkrankungen?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, welche? -----		
Skelett-, Gelenk- und Muskelerkrankungen?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, welche? -----		
Geschlechtserkrankungen?	Ja O	Nein O
Psychische Erkrankungen?	Ja O	Nein O
Krebserkrankungen?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, welche? -----		
Metastasen?		
Wenn Ja, welche? -----		
Sind Sie operiert worden?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, wann und woran? -----		
Leiden oder litten sie an einer Pilzerkrankung?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, wann? -----		
Sind diese Pilze bekannt?	Ja O	Nein O
Wenn Ja, welche? -----		



Wurden bei ihnen therapeutische Maßnahmen gegen Krebs unternommen? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Durchgemachte Kinderkrankheiten:

Sind sie gegen bestimmte Krankheiten geimpft worden? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____
Hatten sie Nebenwirkungen? _____

Haben sie Fernreisen durchgemacht (z.B. Asien, Afrika) Ja Nein

Hatten sie einen Sport oder Autounfall? Ja Nein

Hatten sie ein Schleudertrauma? Ja Nein
Wenn Ja, wann? _____

Haben sie Beschwerden an der Wirbelsäule? Ja Nein

Wurden bei ihnen Implantate oder künstliche Gelenke eingesetzt? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Gynäkologie: Nur von Frauen auszufüllen

Erste Periode im Alten von wie viel Jahren? _____
Letzte Periode: _____

Sind / waren die monatlichen Blutungen regelmäßig? Ja Nein
Wenn Nein, was für Unregelmäßigkeiten gab es? _____

Waren die monatlichen Blutungen von großen Schmerzen begleitet? Ja Nein

Hatten sie wiederkehrende bakterielle Entzündungen (z.B. pseudomonas aeruginosa) Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie viele schwangerschaften hatten sie? Ja Nein

Erkrankungen der Gebärmutter? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Erkrankungen der Brustdrüse? Ja Nein



Soziale Fragen:

Sind sie verheiratet? Ja Nein
Wenn Ja, seit wann? _____

Leben sie alleine? Ja Nein
Wenn Ja, seit wann? _____

Haben sie Geschwister? Ja Nein

Haben sie Kinder? Ja Nein
Wenn Ja, nennen sie Geschlecht und Alter: _____

Welche Arbeitsplatzbelastungen kommen bei ihren Tätigkeiten in Frage? _____

Mit welchen Schadstoffen bzw. Arbeitsstoffen hatten bis jetzt Kontakt? _____

Vermuten sie Schimmelpilzbefall in ihrer Wohnung? Ja Nein

Wann wurde die letzte große Wohnungssanierung ausgeführt? _____

Kommen sie in ihrer Freizeit mit Schadstoffen in Kontakt? Ja Nein
Wenn Ja, mit welchen? _____

Besitzen sie Haustiere? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

Werden in ihrem Wohn- oder Arbeitsumfeld Pestizide oder Insektenvernichter versprüht? Ja Nein
Wenn Bekannt, welche? _____

Sind in ihrer Nähe:

Tankstellen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Funkwellenübertragungsmasten?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Kläranlagen/Fabriken/Müllverbrennungsanlagen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Bauernhöfe und Landwirtschaftliche Anbaugelände?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

