

UMWELT – ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Name

Vorname

Haben Sie derzeit Beschwerden in der Mundhöhle?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Zunge | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Argyrosen (Verfärbungen von Schleimhäuten) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hyperkeratosen | <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 |
| Zahnfleischblutungen, Zahnfleiscentzündungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trockener Mund | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Apthen generell/Apthenbildung im Mund | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herpes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzsyndrome | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Andere _____

Sind folgende Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Nebenhöhle/Schnupfen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma/Husten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kloß im Hals | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Speiseröhre | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verdauungsstörung/Diarrhoe/Bauchschmerzen/Colitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herpes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Probleme mit Rotwein, Sauerkraut, Weizenbier etc. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

UMWELT – ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Candida/Pilzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelbsucht, Leberbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz-/Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Migräne/Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Merkfähigkeit/Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Depressionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwindel/Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Probleme beim Kopfdrehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohrgeräusche, Ohrensausen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unfälle/Schleudertrauma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekannte HWS-Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Reaktion auf Lösemittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angstgefühle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nervosität/Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Immunerkrankungen, vermehrte Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie bei Verletzungen zu stärkeren Blutungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwäche der Arme/Beine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wadenkrämpfe/Restless legs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzempfindlichkeit der Gewebe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zeckenbisse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Borreliose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heißhunger süß	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

UMWELT – ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Reaktion auf Klimaanlage Ja Nein
- Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
- Hatten Sie in der Vergangenheit Reaktionen auf zahnärztliche Werkstoffe Medikamente oder Betäubungsmittel? Ja Nein
- Wurde Ihnen schon mal ein Allergietest durchgeführt Ja Nein
- Haben Sie ein Allergiepass? Ja Nein
- Wurde bisher eine Endoskopie gemacht?
Wenn ja, welche? _____

Wurden bereits operative Eingriffe durchgeführt?
Wenn ja , welche/wann _____

Haben Sie Metalle im Körper?

- Breackets Ja Nein
- Tätowierungen Ja Nein
- Piercings Ja Nein
- Schrauben/Osteosyntheseplatten Ja Nein
- Stents/Schrittmacher Ja Nein
- Hormon-/Kupferspirale Ja Nein
- andere Metalle? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

- Modeschmuck Ja Nein
- Kontaktlinsen Ja Nein
- Brillenauflagen Ja Nein
- Nahrungsmittel Ja Nein
- Pflaster Ja Nein
- Deodorant Ja Nein
- Haftkleber Ja Nein
- Reinigungstabletten Ja Nein
- Zahnpasta Ja Nein

UMWELT – ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Mundspüllösung Ja Nein
 Nahrungsergänzungsmittel Ja Nein
 Sonstige _____

Haut

grau/fahl Ja Nein
 ablösende Haut, Schuppenflechte Ja Nein
 Hautekzeme Ja Nein
 Permanent Make-Up Ja Nein
 Haarausfall Ja Nein
 graue Haare Ja Nein
 Benutzung von Haarspray Ja Nein
 Nagelprobleme Ja Nein
 Frösteln Ja Nein
 Schwitzen Ja Nein

Andere

Alkoholunverträglichkeit Ja Nein
 Rauchen Sie? Ja Nein
 Elektrosensibilität Ja Nein
 Durchblutungsstörungen/Arrhythmien Ja Nein
 Blutdruck Ja Nein
 Cholesterin Ja Nein
 Haben Sie Diabetes? Ja Nein
 unerfüllter Kinderwunsch/Endometriose Ja Nein
 Nieren-/Blasen-/Prostataerkrankungen Ja Nein
 Auslandsreisen Ja Nein
 Sind die Beschwerden im Urlaub besser? Ja Nein
 Seit bestimmtem Urlaub im Ausland schlechter? Ja Nein
 Impfungen _____