

ANAMNESEBOGEN 02

Umwelt-Zahnmedizinische Anamnese

Patient _____

Datum _____

Wann wurden Kronen/Brücken/Prothesen/Füllungen eingegliedert? _____

Traten danach Symptome auf und welche? _____

Bekannte Legierungen/Füllungen im Oberkiefer : _____ nicht bekannt

Bekannte Legierungen/Füllungen im Unterkiefer : _____ nicht bekannt

Sind Unterlagen vom Vorbehandler vorhanden? Ja Nein

Sind Unterlagen vom Zahnlabor vorhanden? Ja Nein

1. Lokale Symptome

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wangen/Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> Metallgeschmack | <input type="checkbox"/> Aphten |
| <input type="checkbox"/> Gingivitis/Parodontitis | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Lichen ruber | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome | <input type="checkbox"/> Zungenbeläge |

2. Regionale Symptome

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> oft Husten/Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | |

3. Systemische Gesundheitsstörungen

3.1. Sensibilisierungen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tätowierungen | <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Spirale |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Schrauben | <input type="checkbox"/> Knochenplatten | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Stents | <input type="checkbox"/> Netze |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Fingernägel | <input type="checkbox"/> Augentropfen | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen |
| <input type="checkbox"/> Raucher aktiv | <input type="checkbox"/> Raucher passiv | <input type="checkbox"/> Impfungen |

Medikamente/Vitaminpräparate/Nahrungsergänzungsmittel _____

Unverträglichkeitsreaktionen darauf? _____

Berufliche Exposition zu Metallen/Kunststoffen? _____

Hautreaktionen bei Kontakt mit Schmuck/Knöpfen? Ja Nein

Vorhandener Allergietest? Ja Ergebnis darauf _____

Störungen der Haut

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Nagelprobleme | <input type="checkbox"/> Ekzeme |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Haarausfall |

Störungen von Magen/Darm

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Obstipation/Verstopfung | <input type="checkbox"/> Diarrhoe/Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Meteorismus | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> Candidiasis | <input type="checkbox"/> Lebensmittelintoleranzen | |

3.2. Neurologische und psychische Erkrankungen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwäche | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Elektrosensitivität |

3.3 Cardiovasculäre Erkrankungen (Herz-Kreislauf):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | | |

3.4. Endokrine Erkrankungen

- Unerfüllter Kinderwunsch

3.5 . Autoimmunerkrankungen

- Hashimoto (Schilddrüse) Rheuma Andere

Welche? _____

Verändern/verbessern sich Ihre Beschwerden im Urlaub? Ja Nein

Gibt es in Ihrem Umfeld (zu Hause/Arbeitsstelle) Anzeichen von Dauerfeuchtigkeit? Ja Nein