



Dokumentationsbogen

Name: _____ geb.: _____

Die Diagnostik und Therapie in der Umwelt-Zahnmedizin erfolgen nach wissenschaftlichen Kriterien. Dieses beinhaltet die Dokumentation von Behandlungsergebnissen. Wir bitten Sie daher, den beiliegenden „Beschwerdebogen“ auszufüllen.

Fragestellungen:

Welche Symptome bestehen vor der Behandlung? Wie haben sich die Beschwerden nach der Therapie verändert?

Erläuterung zum Ausfüllen des Bogens:

Die Klassifizierung in 3 = stark, 2 = mäßig, 1 = kaum und 0 = nicht, soll den Grad der Belastung durch die vorhandenen Beschwerden vor und nach der Behandlung wiedergeben. Kreuzen Sie nur die zugeordnete Zahl an. Für nicht aufgeführte Beschwerden nutzen Sie die Freifelder am Ende der Tabelle. Sind in einem Feld 2 Krankheitssymptome aufgeführt, aber nur eines trifft für Sie zu, dann streichen Sie das nicht zutreffende Symptom. Treffen beide zu, lassen Sie beide stehen.

Zum Beispiel:

Schwäche der Arme/Beine	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 0
Schnupfen, Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0

Die Beispiele zeigen, dass die Schwächung der Arme nach der Metallsanierung abgeklungen ist, der Schnupfen nur geringgradige Veränderungen erfahren hat und eine Mandelentzündung nicht vorliegt.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns herzlich!

Beschwerden	Vor Behandlung	Nach Behandlung
	Datum	Datum
Zittern, Tremor	3 2 1 0	3 2 1 0
Ermüdung, Mattigkeit, Energiemangel	3 2 1 0	3 2 1 0
Schlafprobleme	3 2 1 0	3 2 1 0
Gefühllosigkeit Hände/Füße/Beine	3 2 1 0	3 2 1 0
Schwäche der Arme, Beine	3 2 1 0	3 2 1 0
verminderte Reaktionsfähigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0

Beschwerden	Vor Behandlung Datum	Nach Behandlung Datum
Elektrosensibilität	3 2 1 0	3 2 1 0
Konzentrationsschwäche / Merkfähigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
Angst	3 2 1 0	3 2 1 0
Nervosität	3 2 1 0	3 2 1 0
Depressivität, Misstrauen, Unruhe	3 2 1 0	3 2 1 0
Schnupfen, Mandelentzündung	3 2 1 0	3 2 1 0
Nebenhöhlen, Erkältung	3 2 1 0	3 2 1 0
Kopfschmerz, Migräne	3 2 1 0	3 2 1 0
Gelenk- o. rheumatische Beschwerden	3 2 1 0	3 2 1 0
Nackenschmerzen	3 2 1 0	3 2 1 0
Schwindel	3 2 1 0	3 2 1 0
Sehstörung, Ödeme der Augen	3 2 1 0	3 2 1 0
Ohrensausen, Ohrgeräusche	3 2 1 0	3 2 1 0
Asthma, Husten	3 2 1 0	3 2 1 0
Herzrhythmusstörungen	3 2 1 0	3 2 1 0
Durchfälle, Erbrechen	3 2 1 0	3 2 1 0
Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	3 2 1 0	3 2 1 0
Magen- /Darmentzündung	3 2 1 0	3 2 1 0
Stuhlzwang	3 2 1 0	3 2 1 0
Harnzwang	3 2 1 0	3 2 1 0
Haarausfall, glanzloses Haar	3 2 1 0	3 2 1 0
Hautjucken, Ausschläge	3 2 1 0	3 2 1 0
Graue Gesichtsfarbe	3 2 1 0	3 2 1 0
Zungen- oder Schleimhautbrennen	3 2 1 0	3 2 1 0
Metallgeschmack	3 2 1 0	3 2 1 0
Zahnfleischbluten	3 2 1 0	3 2 1 0
Trockener Mund	3 2 1 0	3 2 1 0
Heuschnupfen	3 2 1 0	3 2 1 0
Appetitlosigkeit	3 2 1 0	3 2 1 0
	3 2 1 0	3 2 1 0
	3 2 1 0	3 2 1 0
	3 2 1 0	3 2 1 0