

HAUKE HELLRIEGEL
BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

FRAGEBOGEN ZU ALLGEMEINEN BESCHWERDEN/SYMPTOMEN

1 // PERSÖNLICHES

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon Festnetz

.....
Telefon Mobil

.....
Telefon Arbeit

.....
E-Mail

.....
Beruf

Liebe Patienten,

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst genau und ausführlich aus. Im Verlauf der Therapie können Sie durch erneutes Ausfüllen den Verlauf Ihrer Beschwerden und Symptome und mögliche Veränderungen dokumentieren. Bewerten Sie dabei die letzten 30 Tage. Unzutreffende Punkte dürfen Sie streichen. Bitte bewerten Sie nach folgendem Punkteschema:

.....
niemals, fast nie

.....
0

.....
manchmal, nicht sehr gravierend

.....
1

.....
manchmal, gravierende/starke Auswirkung

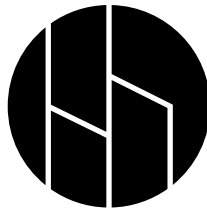
.....
2

.....
häufig, nicht sehr gravierend

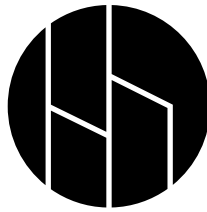
.....
3

.....
häufig, gravierende/starke Auswirkung

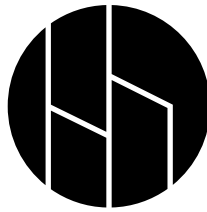
.....
4



Region	Symptom	Datum
Kopf	Kopfschmerz/Migräne	4 3 2 1 0
	Ermüdung/Mattigkeit/Energielosigkeit	4 3 2 1 0
	Schlafprobleme	4 3 2 1 0
	Schwindel	4 3 2 1 0
	Nackenschmerzen	4 3 2 1 0
	Konzentrationschwäche/Merkfähigkeit	4 3 2 1 0
	verminderte Reaktionsfähigkeit	4 3 2 1 0
	vermindertes Erinnerungsvermögen	4 3 2 1 0
	verminderte Auffassungsgabe/Verwirrtheit	4 3 2 1 0
	verminderte Konzentrationsfähigkeit	4 3 2 1 0
	gestörte Koordination	4 3 2 1 0
	Lernschwierigkeiten	4 3 2 1 0
	Sprachschwierigkeiten	4 3 2 1 0
	Entscheidungsschwierigkeiten	4 3 2 1 0
Augen	Sehstörungen/Verschwommene Sicht/Flimmern	4 3 2 1 0
	brennend/juckend/nässend	4 3 2 1 0
	Augenödeme/geschwollene Augenlider/Rötung	4 3 2 1 0
	Tränensäcke/dunkle Augenränder	4 3 2 1 0
Ohren	Tinnitus/Ohrensausen/Ohrgeräusche/Hörverlust	4 3 2 1 0
	Missempfindungen/Brennen/Jucken	4 3 2 1 0
	Ohrinfektionen/Ohrenscherzen	4 3 2 1 0
	Flüssigkeit/Sekret/Verstopfte Ohren	4 3 2 1 0
Nase	Probleme mit den Nasenneben-/Stirn-/Kieferhöhlen	4 3 2 1 0
	Verstopfte/ständig laufende/nässende Nase	4 3 2 1 0
	Niesattacken	4 3 2 1 0
	Heuschnupfen/Allergie	4 3 2 1 0
	Infekte/Erkältung/Schnupfen	4 3 2 1 0



Region	Symptom	Datum
Mund/Hals	Zungen - oder Schleimhautbrennen	4 3 2 1 0
	Zahnfleischbluten/geschwollenes Zahnfleisch	4 3 2 1 0
	Mundtrockenheit/übermässiger Speichelfluss	4 3 2 1 0
	Metallgeschmack/elektrisches Gefühl	4 3 2 1 0
	Kieferschmerzen/verspannte Kaumuskulatur/verspannter Nacken	4 3 2 1 0
	Zahnschmerzen	4 3 2 1 0
	Aphten	4 3 2 1 0
	Appetitlosigkeit/veränderter Geschmackssinn	4 3 2 1 0
	Zungenbelag/Zungenschwellung/Rötung	4 3 2 1 0
	Räuspern/Chronischer Husten	4 3 2 1 0
	Halsschmerzen/Heiserkeit/Mandelentzündung	4 3 2 1 0
Haut/Haar	Akne /unreine Haut/juckende Haut/trockene Haut	4 3 2 1 0
	Nesselsucht/Allergie/Hautausschläge	4 3 2 1 0
	graue Gesichtsfarbe	4 3 2 1 0
	Haarausfall/anfälliges Haar	4 3 2 1 0
	Hitzewallungen/erhöhtes Schwitzen/Frösteln	4 3 2 1 0
Herz	unregelmäßiger Herzrhythmus/Herzklopfen/Herzrasen	4 3 2 1 0
	Brustschmerz	4 3 2 1 0
Lunge	Asthma/Bronchitis/Lungenentzündung	4 3 2 1 0
	Kurzatmigkeit/Atembeschwerden	4 3 2 1 0
	Brustenge	4 3 2 1 0
Magen/Darm	Durchfall/Verstopfung	4 3 2 1 0
	Übelkeit/Erbrechen	4 3 2 1 0
	Blähbauch/Blähungen	4 3 2 1 0
	Aufstoßen/Sodbrennen	4 3 2 1 0
	Bauchschmerzen	4 3 2 1 0
	Colitis ulcerosa/Morbus Crohn	4 3 2 1 0



Region	Symptom	Datum
Gelenke/Muskeln	Gelenkschmerzen/rheumatische Beschwerden	4 3 2 1 0
	Bewegungseinschränkung/Steifheit	4 3 2 1 0
	Arthritis/geschwollene Gelenke/Gicht	4 3 2 1 0
	Muskelbeschwerden/Muskelschmerzen	4 3 2 1 0
	Schwächegefühl/Müdigkeitsgefühl/Trägheit	4 3 2 1 0
	Zittern/Tremor	4 3 2 1 0
Nervensystem	Unruhe/Zittern	4 3 2 1 0
	Nervenschmerzen/Nervirritationen	4 3 2 1 0
	Gefühlslosigkeit Hände/Füße/Beine	4 3 2 1 0
Gewicht	stark wechselndes Gewicht	4 3 2 1 0
	Übergewicht/Untergewicht	4 3 2 1 0
	Zwanghaftes Essverhalten/Heißhungerattacken	4 3 2 1 0
	Gelüste auf bestimmte Lebensmittel	4 3 2 1 0
Energie	Müdigkeit/Erschöpfung/energielos	4 3 2 1 0
	Lustlosigkeit/Teilnahmslosigkeit	4 3 2 1 0
	Überaktivität/Ruhelosigkeit/rastlos	4 3 2 1 0
Emotionen	Stimmungsschwankungen	4 3 2 1 0
	Innere Unruhe/Nervosität/Angst	4 3 2 1 0
	Depressivität/Missmut/Unzufriedenheit	4 3 2 1 0
	Ärger/Wut/Aggressivität/Erregbarkeit	4 3 2 1 0

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit den anderen Unterlagen an

HELLRIEGEL ZAHNMEDIZIN
 Heckstraße 31, 45239 Essen
 Tel +49 (0)201 493126
 Fax +49 (0)201 4901242
 Mail: info@hellriegel-zahnmedizin.de