

**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

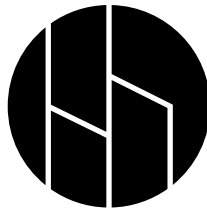
.....  
**2**

.....  
häufig, nicht sehr gravierend

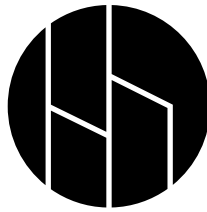
.....  
**3**

.....  
häufig, gravierende/starke Auswirkung

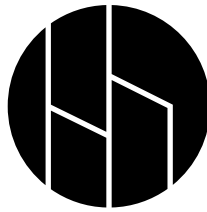
.....  
**4**



| Region       | Symptom  | Datum     |
|--------------|--|-----------|
| <b>Kopf</b>  | 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 |
| <b>Augen</b> | 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 |
| <b>Ohren</b> | 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 |
| <b>Nase</b>  | 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     |
|-------------------|---|-----------|
| <b>Mund/Hals</b>  | 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 |
| <b>Haut/Haar</b>  | 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 |
| <b>Herz</b>       | unregelmäßiger Herzrhythmus/Herzklopfen/Herzrasen           | 4 3 2 1 0 |
|                   | Brustschmerz  | 4 3 2 1 0 |
| <b>Lunge</b>      | Asthma/Bronchitis/Lungenentzündung                          | 4 3 2 1 0 |
|                   | Kurzatmigkeit/Atembeschwerden                               | 4 3 2 1 0 |
|                   | Brustenge   | 4 3 2 1 0 |
| <b>Magen/Darm</b> | 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     |
|------------------------|---|-----------|
| <b>Gelenke/Muskeln</b> | 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 |
| <b>Nervensystem</b>    | Unruhe/Zittern                              | 4 3 2 1 0 |
|                        | Nervenschmerzen/Nervirritationen            | 4 3 2 1 0 |
|                        | Gefühlslosigkeit Hände/Füße/Beine           | 4 3 2 1 0 |
| <b>Gewicht</b>         | 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 |
| <b>Energie</b>         | Müdigkeit/Erschöpfung/energielos            | 4 3 2 1 0 |
|                        | Lustlosigkeit/Teilnahmslosigkeit            | 4 3 2 1 0 |
|                        | Überaktivität/Ruhelosigkeit/rastlos         | 4 3 2 1 0 |
| <b>Emotionen</b>       | 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