Ganzheitlicher & Biologischer Anamnesebogen

Systemische Ursachenforschung für Biologische ZahnMedizin, Keramikimplantologie & Regulationsmedizin

Skala: 1 = sehr gering bis 10 = extrem stark

1 Patienten-Stammdaten

Vertrauliche Erfassung

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtstag:** _____

Straße / Nr.: _____ **PLZ / Ort:** _____ **Tel. privat / Mobil:** _____

E-Mail: _____ **Beruf / Klasse:** _____ **Hausarzt:** _____

Versicherung: ☐ Gesetzlich (Kasse: _____) ☐ Private Zusatzversicherung ☐ Beihilfe ☐ Privat

2 Ihre drei Hauptbeschwerden & bisherige Diagnosen

Mit Stärke (1–10) & Jahr des Erstauftretens

1. Hauptbeschwerde: _____ **Stärke (1–10):** _____ **Seit Jahr:** _____

2. Hauptbeschwerde: _____ **Stärke (1–10):** _____ **Seit Jahr:** _____

3. Hauptbeschwerde: _____ **Stärke (1–10):** _____ **Seit Jahr:** _____

Bisherige schulmedizinische Diagnosen: _____

Möglicher Auslöser vor Erstauftreten (OP, Zahn, Stress, Infekt, Trennung (auch der Eltern), andere Lebensereignisse usw.):

_____

3 Familien-Vorgeschichte & Impfstatus

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen

Welche Erkrankungen sind bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern bekannt?

☐ Herzinfarkt / Schlaganfall ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Rheuma / Gicht ☐ Allergien / Asthma

☐ Neurodermitis / Schuppenflechte ☐ Krebserkrankungen ☐ Multiple Sklerose / Epilepsie ☐ Nieren- / Gallensteine

☐ Depression / schwere Schicksale

Ergänzungen zur Familie: _____

Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Gerne Impfausweis zum Termin mitbringen)

☐ Tetanus ☐ Diphtherie ☐ Polio ☐ Keuchhusten ☐ Masern / Mumps / Röteln ☐ Hepatitis A/B

☐ FSME (Zecken) ☐ Grippe ☐ COVID-19 ☐ Reiseimpfungen: _____

4 Zähne, Kiefergelenk & Mundraum (Störfeld-Analyse)

Kernbereich der biologischen Zahnheilkunde

Weisheitszähne gezogen? ☐ Ja ☐ Nein · Welche? _____

Wurzelbehandelte Zähne? ☐ Ja ☐ Nein · Welche? _____

Devitale („tote“) Zähne? ☐ Ja ☐ Nein · Welche? _____

Zahnfleischbluten / Parodontitis? ☐ Ja ☐ Nein

Empfindlich (heiß / kalt / süß)? ☐ Ja ☐ Nein · Welche? _____

Knirschen / Kieferknacken (CMD)? ☐ Ja ☐ Nein

Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein · Wann? _____

Noch Amalgam / Metalle im Mund? ☐ Ja ☐ Nein

5 Kopf, Kopfschmerz-Profil, Augen, Ohren & Nase

Wechselwirkungen mit dem Kauorgan

Kopfschmerzen / Migräne: ☐ Keine ☐ Oft ☐ Selten ☐ Morgens beim Erwachen ☐ Abends ☐ Stirn ☐ Schläfen ☐ Augen ☐ Hinterkopf / Nacken ☐ Links ☐ Rechts

Auslöser: _____ **Was bessert?** _____ **Was verschlechtert?** _____

Augen: ☐ Kurz-/Weitsichtig ☐ Bindehautentzündung ☐ Grauer/Grüner Star ☐ Makula

Ohren: ☐ Ohrgeräusche (Tinnitus) ☐ Schmerzen ☐ Mittelohrentzündung ☐ Links / Rechts

Nase / Nebenhöhlen: ☐ Chron. Schnupfen ☐ Kieferhöhlenentzündung ☐ Polypen ☐ Nasenbluten

Hals / Mandeln / Haare: ☐ Häufig Angina ☐ Mandel-OP ☐ Heiserkeit ☐ Haarausfall

6 Herz, Kreislauf, Atmung, Magen, Darm, Leber & Galle

Zahn-Organ-Beziehungen (Meridiane)

Herz & Gefäße: ☐ Stechen / Druck ☐ Beklemmung ☐ Rhythmusstörungen ☐ Infarkt / Bypass ☐ Letzter Blutdruck: _____

Lunge & Bronchien: ☐ Bronchitis ☐ Häufiger Husten ☐ Auswurf ☐ Lungenentzündung ☐ Asthma / Atemnot

Leber & Galle: ☐ Leberentzündung / Hepatitis ☐ Gallensteine / Koliken / OP ☐ Oberbauchdruck ☐ Fett-/Alkoholunverträglichkeit

Magen: ☐ Völlegefühl ☐ Sodbrennen / Reflux ☐ Gastritis ☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

Darm & Verdauung: ☐ Blähungen ☐ Darmpilze / Infekte ☐ Verstopfung ☐ Durchfall / wechselhaft ☐ Blinddarm-OP ☐ Hämorrhoiden

Ergänzungen / sonstige Befunde zu Kopf, Sinnesorganen, Herz, Lunge, Leber, Magen oder Darm:

7 Niere, Blase, Harnwege & Geschlechtsorgane

Schneidezahn- / Nieren-Blasen-Meridian

Niere & Blase: ☐ Häufige Blasenentzündungen ☐ Reizblase ☐ Nierensteine ☐ Flankenstechen (rechts / links)
☐ Nächtliches Wasserlassen

Bereich Frau: ☐ Regelschmerzen ☐ Starke / unregelmäßige Blutung ☐ Zysten / Myome
☐ Eierstock-/Brustbeschwerden ☐ Wechseljahresbeschwerden

Geburten (Jahre): _____ **Fehlgeburten / OP:** _____ **Verhütungsmittel:** _____

Bereich Mann: ☐ Prostatavergrößerung ☐ Prostataentzündung ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
☐ Letzte Vorsorge: _____

8 Wirbelsäule, Gelenke, Arme, Beine & Haut

Statik & absteigende Muskelketten

Rücken & Haltung: ☐ HWS-Schmerzen (Nacken) ☐ BWS-Schmerzen ☐ LWS / Ischias / Hexenschuss
☐ Bandscheibenvorfall ☐ Skoliose / Beckenschiefstand

Arme & Hände: ☐ Schulter-/Armschmerzen ☐ Tennisellenbogen ☐ Kribbeln / Taubheitsgefühl ☐ Kalte Hände

Beine & Füße: ☐ Hüft-/Knieschmerzen ☐ Krampfadern / Ödeme ☐ Kribbeln / Taubheit ☐ Kalte Füße

Haut & Nägel: ☐ Ekzeme / Juckreiz ☐ Neurodermitis ☐ Haut-/Nagelpilz
☐ Kontaktallergie (Kosmetik, Schmuck): _____

9 Narben-Verzeichnis (Störfeld- & Neuraltherapie)

Auch kleine Narben, Kaiserschnitt, Blinddarm oder Unfälle

Entstehungsjahr	Ort der Narbe / Art des Eingriffs / Empfindlich oder wetterfühlig?

10 Ernährung, Lebensweise, Schlafplatz & Umweltbelastungen

Regulationsfähigkeit & Entgiftung

Verlangen nach: ☐ Süßem ☐ Saurem ☐ Salzigem / Pikantem ☐ Fleisch ☐ Obst ☐ Kaffee

Ernährungsform: _____ **Trinkmenge / Tag:** _____ **Rauchen / Alkohol:** _____

WLAN / Funk / Geräte am Bett: _____ **Schlaf (Ein-/Durchschlafen):** _____

Belastung durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schimmel oder Schwermetalle: _____

11 Aktuelle Selbsteinschätzung (Vitalität & Seelenlage)

Skala von 1 (sehr gut) bis 10 (stark belastet)

Körperliche Fitness & Energie (1–10): _____ **Seelische Verfassung & Stress (1–10):** _____

12 Chronologie Ihrer Krankengeschichte & Operationen

Wichtige Erkrankungen, Unfälle & Klinikaufenthalte

Jahr / Alter	Erkrankung, Operation, Unfall, Zahnbehandlung oder einschneidendes Ereignis