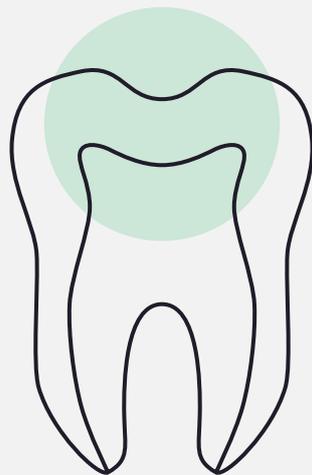




Ganzheitliche Zahnmedizin
Jürgen Melzener

Fragen zu medizinischen Symptomen





Fragen zu medizinischen Symptomen

Bewerten Sie bitte jedes der folgenden Symptome, basierend auf Ihrem typischen Gesundheitszustand der letzten 30 Tage und tragen Sie die Werte in die Spalte „Bewertung“ ein.

- 0 – niemals oder fast nie
- 1 – manchmal – Auswirkungen nicht gravierend
- 2 – manchmal – Auswirkungen stark
- 3 – häufig – Auswirkungen nicht gravierend
- 4 – häufig – Auswirkungen stark

GEBIET	SYMPTOM	BEWERTUNG	
Beispiel	Symptom 1	4	
	Symptom 2	2	
	Symptom 3	2	
Kopf	Kopfschmerzen		
	Mattheit		
	Schwindel		
	Schlaflosigkeit		
Augen	wässrig, brennend, juckend		
	Augenlider geschwollen, rot, verklebt		
	Tränensäcke, schwarze Ringe		
	Sicht verschwommen, Tunnelblick		
Ohren	juckend		
	Ohrenschmerzen, Ohreninfektion		
	Flüssigkeit aus dem Ohr		
	Klingeln im Ohr, Hörverlust		
Nase	verstopft		
	Nebenhöhlenprobleme		
	Heuschnupfen		
	Niesattacken		



GEBIET	SYMPTOM	BEWERTUNG	
Mund/Hals	übertriebene Speichelbildung		
	chronischer Husten		
	räuspern, häufig Drang auszuspucken		
	schmerzender Hals, Heiserkeit, Stimmverlust		
	geschwollene oder verfärbte Zunge oder Zahnfleisch		
Lippen	Aphten		
Haut	Akne		
	Nesselsucht, Ausschlag, trockene Haut, Ohreninfektion		
	Haarverlust		
	Hitzewallungen		
	übertriebenes Schwitzen		
Herz	unregelmäßiger Herzschlag		
	schneller oder starker Herzschlag		
	Brustschmerz		
Lunge	Brustenge		
	Asthma, Bronchitis		
	Kurzatmigkeit		
	Atembeschwerden		
Magen-Darm-Trakt	unregelmäßiger Herzschlag		
	Durchfall		
	Verstopfung		
	aufgeblähtes Gefühl, Rülpsen, Blähungen		
	Sodbrennen		
	Bauch-/Magenschmerzen		



GEBIET	SYMPTOM	BEWERTUNG	
Gelenke, Muskeln	Gelenkschmerzen, -beschwerden		
	Arthritis		
	Steifheit oder Bewegungseinschränkung		
	Muskelbeschwerden, -schmerzen		
	Schwäche, Müdigkeitsgefühl		
Gewicht	Fressattacken, Trinkattacken		
	Gelüste auf bestimmte Nahrungsmittel		
	Übergewicht		
	zwanghaftes Essverhalten		
	Wasser-Speicherung, Ödeme		
	Untergewicht		
Energie	Müdigkeit, Faulheit		
	Apathie, Teilnahmslosigkeit		
	Hyperaktivität		
	Ruhelosigkeit		
Hirn	schlechtes Erinnerungsvermögen		
	Verwirrtheit, schlechte Auffassung		
	schlechte Konzentrationsfähigkeit		
	schlechte Koordination		
	Entscheidungsschwierigkeiten		
	stottern oder stammeln		
	Lernschwierigkeiten		
Emotionen	Stimmungsschwankungen		
	innere Unruhe, Angst, Nervosität		
	Ärger, Erregbarkeit, Aggressivität		
	Depression		
Sonstiges	häufige Infekte, Krankheiten		





Schweigepflicht/ Datenschutz/Werbung

Hiermit entbinde ich

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

Zahnarztpraxis Jürgen Melzener, Villiper Hauptstraße 35a, 53343 Wachtberg, DE

von der zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten und Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin.

Zudem willige ich ein, dass die Zahnarztpraxis Jürgen Melzener zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die Befunde an weitere Ärzte weiterleiten darf. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen bei der Zahnarztpraxis Jürgen Melzener tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei Ärzten und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Zahnarztpraxis Jürgen Melzener an meine anstehenden Termine erinnert werde und möchte den Recall- bzw. SMS-Service nutzen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Zahnarztpraxis Jürgen Melzener (ggf. unter Einschaltung eines beauftragten Dienstleisters) per E-Mail (Newsletter) oder Anruf bezüglich Produktneuheiten, Gesundheitsratschlägen Veranstaltungen und Befragungen kontaktiert werde.

Ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz (DSGVO) und unsere Datenschutzerklärung finden Sie als Aushang in unseren Praxisräumen oder auf unserer Webseite. Auf Wunsch können wir Ihnen gerne auch einen Ausdruck aushändigen. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO und BDSG ein. **Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung in schriftlicher Form jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

