

Fragebogen zur Erstuntersuchung mit Applied Kinesiology

Lieber Patient,

Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit ist eine möglichst genaue Krankenvorgeschichte. Sie erleichtern mir die Vorarbeit, wenn Sie mir mit den nun folgenden Seiten die wichtigsten Informationen geben. Beantworten Sie bitte die Fragen in Ruhe.

Bitte senden Sie die Bögen einige Tage vor dem vereinbarten Termin in die Praxis.

Ich werde dann im persönlichen Gespräch mit Ihnen die Einzelheiten besprechen.

Sollten Sie irgendwelche Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt, Sie sollten jedoch im Gespräch darauf hinweisen.

Bitte bringen Sie unbedingt alle Medikamente, die Sie zum Zeitpunkt der Untersuchung einnehmen, mit; Vorbefunde, Röntgenaufnahmen (Zähne, CT, MRT), Laborbefunde, soweit vorhanden, wenn möglich gleich zusammen mit der ausgefüllten Mappe schicken.



Antje Ehrhardt-Merzendorfer
Zahnärztin & Heilpraktikerin

Ganzheitliche Zahnheilkunde Neuraltherapie Applied Kinesiology	Eisenacher Straße 18 · 36167 Nüsttal-Morles E-Mail: info@die-zahn-praxis.de www.die-zahn-praxis.de Telefon: (06684) 616 · Fax: (06684) 91 79 45
---	--

Patientenaufklärung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Neben der normalen klinischen Untersuchungsmethode kommt bei der privat Zahnärztlichen Untersuchung die Methode der **Applied Kinesiology (AK)** zum Einsatz, um ein begleitendes ganzheitlich naturheilkundlich ausgerichtetes Therapiekonzept erstellen zu können.

Applied Kinesiology führt mit Hilfe von spezifischen Muskeltestungen die schulmedizinischen Behandlungsstrategien mit den wichtigsten Elementen der komplementären Therapieverfahren zusammen; damit entsteht ein wahrhaft ganzheitliches Diagnose- und Therapieverfahren zur Anwendung bei funktionellen Störungen.

Die Behandlungsmethoden der Naturheilkunde sind, obwohl seit vielen Jahren erprobt, von der in Deutschland herrschenden Wissenschafts- und Lehrmeinung noch nicht akzeptiert. Da schulmedizinisch für eine Vielzahl von Krankheiten die Ursachen bzw. die Heilungsmöglichkeiten nicht bekannt sind, werden die naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemethoden immer öfter eingesetzt, da sie überaus wirksam sein können.

Die erbrachten ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen werden nach der ärztlichen/zahnärztlichen Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) berechnet.

Testungen mit Applied Kinesiology werden von gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie Beihilfestellen nicht erstattet (Leistung auf Verlangen nach GOZ § 2/3). Als Anhaltspunkt ist von einem Kostensatz von ca. € 45.-/30 Minuten auszugehen.

Für Probleme bei der Kostenerstattung mit privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestellen ist der Behandler nicht verantwortlich. Abzüge von der Rechnung aufgrund unzureichender Erstattung durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen sind nicht statthaft.

Sollte der vereinbarte Termin zur Untersuchung oder Behandlung nicht eingehalten werden, wird um rechtzeitige Absage bis mindestens 24 Stunden vor dem angesetzten Termin gebeten; da wir die eingeplante Zeit (i. d. R. 45–60 Minuten) sonst in Rechnung stellen müssen.

Ich wünsche eine orientierende Untersuchung und Austestung mittels der Methode der Applied Kinesiology. Die Patienteninformation habe ich gelesen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienteninformation zur Applied Kinesiology

Trotz aller Erfolge unserer Schulmedizin und umfassender technischer Untersuchungsmöglichkeiten leiden immer mehr Menschen an chronischen Beschwerden, sind jedoch nach Aussagen ihrer Ärzte und der gefundenen Laborwerte gesund. Deshalb finden vermehrt ganzheitliche Diagnose- und Behandlungsmethoden Eingang in die Medizin.

Wir führen in unserer Praxis die Muskeltestung nach der Methode „Applied Kinesiology (AK)“ durch.

Was ist Applied Kinesiology?

Diese Untersuchungsmethode wurde 1964 von Dr. George Goodheart entdeckt. Er stellte fest, dass sich die Kraft eines Muskels änderte, wenn er wichtige therapeutische Punkte am Körper des Patienten behandelte oder auch nur berührte. Die Weiterentwicklung zeigte, dass Allergene, giftige Substanzen, unverträgliche Lebensmittel aber auch Medikamente, manuelle Behandlungen oder Akupunktur die Reaktion eines Muskels verändern können.

Wie funktioniert Applied Kinesiology?

Der Arzt prüft bei seinem Patienten verschiedene Muskeln* nach physiotherapeutisch beschriebenen Testverfahren. Das Ergebnis kann ein *Normotonus* (physiologisch normale Reaktion), eine Schwäche oder ein *Hypertonus* (Überspannung) des Muskels sein. An den verschiedenen Reaktionen auf von außen gesetzte Reize kann eine Aussage über die Regulationsfähigkeit bzw. die Stressanpassung des gesamten Körpers getroffen werden.

So bietet die Applied Kinesiology die Möglichkeit, mit Hilfe von einfachen Übersichtstestungen bei komplexen Krankheitsbildern die richtige Diagnose und Therapie herauszufinden.

Einsatzmöglichkeiten der Applied Kinesiology in der Zahnarztpraxis:

1. Verträglichkeitstestung von zahnärztlichen Materialien
2. Finden von Mangelzuständen bei Spurenelementen und Vitaminen
3. Belastung durch Schwermetalle (Quecksilber, Blei, Palladium)
4. Diagnose von Zahnherden und Störfeldern (Narben, Tonsillen)
5. Zusammenhänge von Kopfschmerzen/Migräne mit Fehlfunktionen des Kiefergelenkes

Welche Unterschiede gibt es zur „Angewandten Kinesiologie“?

Die „Angewandte Kinesiologie“ und aus ihr entwickelte Kinesiologieformen werden meistens von Laien ohne medizinischen Hintergrund ausgeübt.

Applied Kinesiology wird ausschließlich von medizinischen Therapeuten praktiziert.

Die Grundausbildung schließt nach 160 Stunden mit einem ärztlichen Diplom ab.

*Da unter anderem auch die Beinmuskulatur im Liegen getestet wird, ist es für unsere weiblichen Patienten sicher sinnvoll und auch angenehmer, bei der Testung Hosen statt Röcke zu tragen.

Nach längerer Testung können bei untrainierten Patienten in seltenen Fällen Muskelverspannungen als Folge auftreten.

Angaben zur Person

Ort, Datum _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Geburtsort: _____

Geburtszeit (wenn möglich): _____

Ich komme auf Empfehlung von (Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut, Heilpraktiker etc):

Grund der Überweisung

Kurze stichwortartige Beschreibung der jetzigen Beschwerden:

(bitte auch angeben wie lange die Beschwerden schon andauern bzw. wann sie erstmals auftreten)

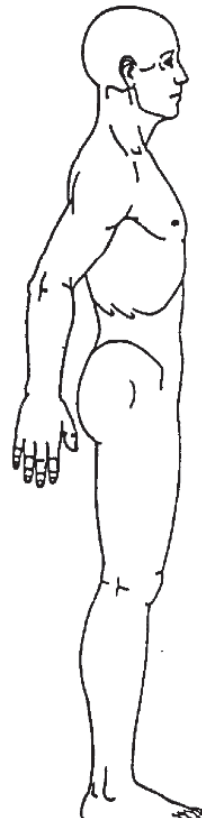
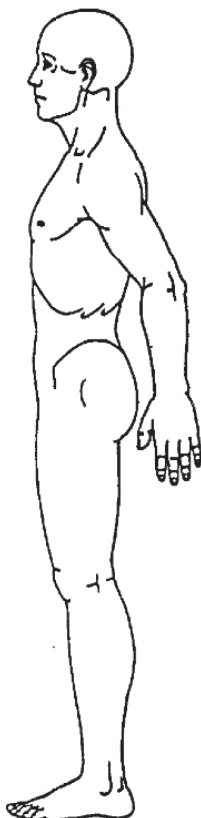
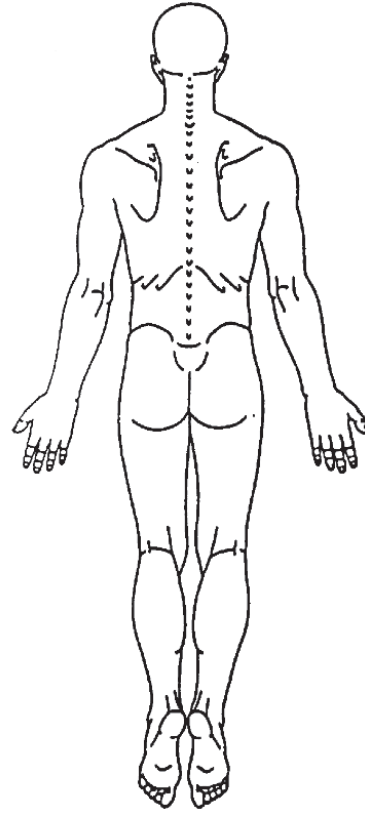
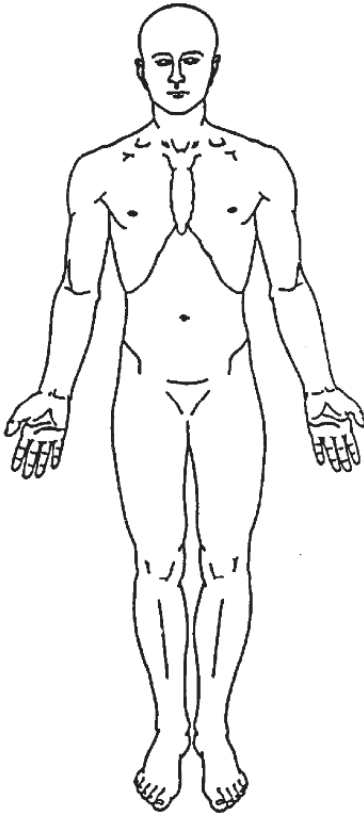
Bitte füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus!

Krankheitsgeschichte

Geburtsstörungen	
Erkrankungen: (Zeitangabe)	
Unfälle/Operationen: (Zeitangabe, evtl. auch Krankenhäuser angeben)	
Wurden durch OPs Metalle in Ihren Körper eingebracht?	☐ nein ☐ ja wo im Körper: welches Metall, wenn bekannt:
Allergien: (wenn möglich, erstes Auftreten)	
Reaktionen auf:	☐ Edelmetall ☐ Modeschmuck
Zahnbehandlungen und Zahntentfernungen	
Schwangerschaft (Dammschnitt)	

Welche Narben bzw. Schmerzstellen haben Sie am Körper?

Bitte in den Figuren mit **blauem** Stift die **Narben** und mit **rotem** Stift die **Hauptschmerzstellen** einzeichnen.



Jetzige Beschwerden

Kopfschmerz/Migräne	☐ (wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation und Verteilung am Kopf):
Ohrgeräusche	☐
Häufig	☐ Mandelentzündung ☐ Halsschmerz ☐ Schnupfen
Lungenerkrankung/Bronchialerkrankung, Asthma, Atemnot	☐
Herzbeschwerden:	☐ Rhythmusstörungen ☐ Koronare Herzkrankheit ☐ Zustand nach Infarkt
Verdauungsstörungen:	☐ Magen: Sodbrennen, Völlegefühl ☐ Leber/Galle: z. B. Fettunverträglichkeit ☐ Bauchspeicheldrüse, z. B. Diabetes ☐ Blähungen ☐ Andere Unverträglichkeiten: welche?
Schilddrüsenerkrankungen	☐ welche?
Darm:	☐ normaler Stuhlgang ☐ Verstopfung ☐ Abführmittel notwendig ☐ Durchfall ☐ Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung
Muskelschmerzen	☐
Müdigkeitssyndrom	☐
Psychische Erkrankungen Anorexie, Bulimie, Angststörungen	☐

Störungen Niere/Blase	☐ Welche?
Gynäkologische Probleme	☐ Welche?
Menstruation regelmäßig?	☐ ja ☐ nein
Prostatabeschwerden	☐
Gelenkstörungen	☐ große Gelenke (Schulter, Hüfte) ☐ kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)
Kälte- o. Wärmeempfindlichkeit	☐

Ernährung

Welche Kostform bevorzugen Sie?	☐ Fleisch/Wurst ☐ Milchprodukte ☐ Mehlspeisen ☐ Gemüse ☐ Vegetarisch ☐ Gemischt Lieblingsspeise: Anzahl ____ ☐ tgl. ☐ pro Woche ☐ pro Monat Lieblingsgetränk: Liter ____ ☐ tgl. ☐ pro Woche ☐ pro Monat Heißhunger auf: Anzahl ____ ☐ tgl. ☐ pro Woche ☐ pro Monat Wieviel trinken Sie pro Tag (Liter)? _____
---------------------------------	---

Genussmittel regelmäßig...

☐ Alkohol	BierAnzahl/Tag:
	Wein/Tag: 0,25l – 0,50l – 0,75l – 1,0l – mehr: _____l Sonstiges: _____ Menge/Tag:
☐ Kaffee	Tassen/Tag:
☐ Zigaretten	Anzahl/Tag:
☐ Schokolade	Tafel/Woche:
☐ Fernsehen/PC	Stunden/Tag:

Sonstiges

☐ Haustiere	
☐ Auslandsaufenthalte	
☐ Piercings	Art des Piercings:
☐ Tattoos	

Lebenssituation

ledig	
geschieden	seit:
getrennt	seit:
verwitwet	seit:
verheiratet	seit:
mit Partner zusammenlebend	
Anzahl der Kinder:	
Alter der Kinder:	
Berufliche Betätigung:	_____ ☐ überwiegend sitzend ☐ stehend ☐ gemischt ☐ Stress
Hobbies:	_____ _____
Sportbetätigung:	_____ Wie oft/Woche? _____

Welche Arzneimittel werden z. Zt. eingenommen? (bitte Präparatnamen und wofür)	
Welche Impfungen wurden bei Ihnen durchgeführt?	

Von welchen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten etc. sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt worden?

(Fachrichtung, Name, Ort, Telefon)

Bitte legen Sie der Anamnesemappe in Kopie bei:

- Liste der von Ihrem Zahnarzt verwendeten Materialien
- Allergiepass
- Laborwerte der letzten 12 Monate
- Röntgenbilder Ihrer Zähne (im Original)
- sonstige ärztliche Diagnosen

**Für diese Unterlagen besteht Urheberschutz.
Sie dürfen nur für den angegebenen Zweck verwendet werden.**