

Fragebogen zur Erstuntersuchung mit Funktioneller Myodiagnostik (FMD)

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 privatärztlichen Untersuchung die Methode der **Funktionellen Myodiagnostik (FMD)** zum Einsatz, um ein begleitendes ganzheitlich naturheilkundlich ausgerichtetes Therapiekonzept erstellen zu können.

Funktionelle Myodiagnostik (FMD) 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 Funktioneller Myodiagnostik werden von gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie Beihilfe-Stellen nicht erstattet (Leistung auf Verlangen nach GOZ § 2/3). Als Anhaltspunkt ist von einem Kostensatz von ca. € 50.-/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 Funktionellen Myodiagnostik (FMD). Die Patienteninformation habe ich gelesen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienteninformation zur Funktionellen Myodiagnostik (FMD)

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 „Funktionelle Myodiagnostik“ durch.

Was ist Funktionelle Myodiagnostik?

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 Funktionelle Myodiagnostik?

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 Funktionelle Myodiagnostik die Möglichkeit, mit Hilfe von einfachen Übersichtstestungen bei komplexen Krankheitsbildern die richtige Diagnose und Therapie herauszufinden.

Einsatzmöglichkeiten der Funktionellen Myodiagnostik 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.

Funktionelle Myodiagnostik 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):

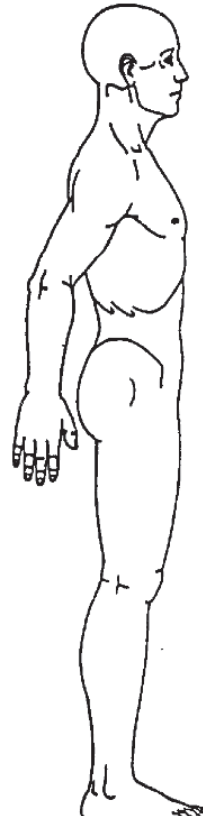
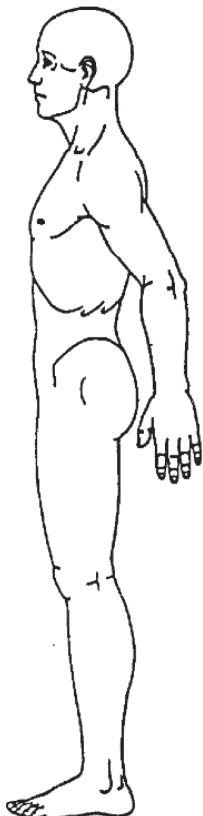
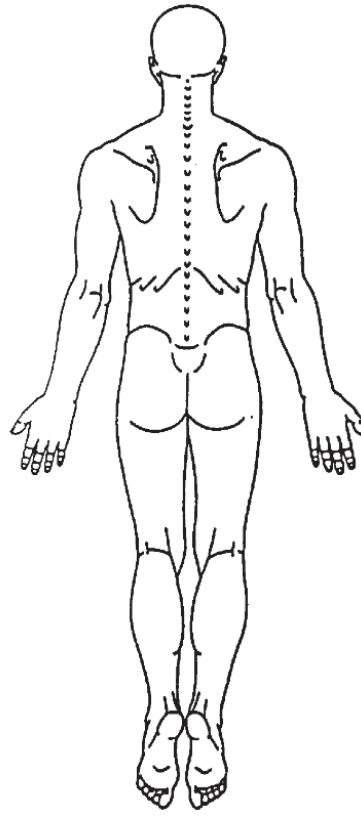
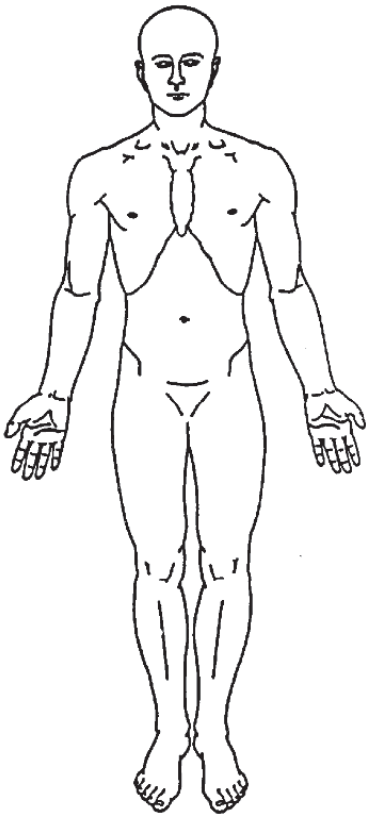
Bitte füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus!

Krankheitsgeschichte

Geburtsstörungen	
Erkrankungen: (Zeitangabe)	
Unfälle/Operationen: (Zeitangabe, evtl. auch Krankenhäuser angeben) Wurden durch OPs Metalle in Ihren Körper eingebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo im Körper: welches Metall, wenn bekannt:
Allergien: (wenn möglich, erstes Auftreten) Reaktionen auf:	<input type="checkbox"/> Edelmetall <input type="checkbox"/> Modeschmuck
Zahnbehandlungen und Zahnentfernungen	
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. (Wenn Sie den Bogen online ausfüllen, ist diese Funktion nicht möglich. Bitte drucken Sie, wenn möglich, diese Seite aus und bringen Sie sie bitte ausgefüllt mit).



Jetzige Beschwerden

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

Störungen Niere/Blase	<input type="checkbox"/> Welche?
Gynäkologische Probleme	<input type="checkbox"/> Welche?
Menstruation regelmäßig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenkstörungen	<input type="checkbox"/> große Gelenke (Schulter, Hüfte) <input type="checkbox"/> kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)
Kälte- o. Wärmeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ernährung

Welche Kostform bevorzugen Sie?	<input type="checkbox"/> Fleisch/Wurst <input type="checkbox"/> Milchprodukte <input type="checkbox"/> Mehlspeisen <input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Gemischt Lieblingsspeise: Anzahl ___ <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat Lieblingsgetränk: Liter ____ <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat Heißhunger auf: Anzahl ___ <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat Wieviel trinken Sie pro Tag (Liter)? _____
---------------------------------	---

Genussmittel *regelmäßig...*

<input type="checkbox"/> Alkohol	Bier Anzahl/Tag: Wein/Tag: 0,25l – 0,50l – 0,75l – 1,0l – mehr: _____l Sonstiges: _____ Menge/Tag:
<input type="checkbox"/> Kaffee	Tassen/Tag:
<input type="checkbox"/> Zigaretten	Anzahl/Tag:
<input type="checkbox"/> Schokolade	Tafel/Woche:
<input type="checkbox"/> Fernsehen/PC	Stunden/Tag:

Sonstiges

<input type="checkbox"/> Haustiere	
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalte	
<input type="checkbox"/> Piercings	Art des Piercings:
<input type="checkbox"/> Tatoos	

Lebenssituation

ledig	
geschieden	seit:
getrennt	seit:
verwitwet	seit:
verheiratet	seit:
mit Partner zusammenlebend	
Anzahl der Kinder:	
Alter der Kinder:	
Berufliche Betätigung:	<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend sitzend</p> <p><input type="checkbox"/> stehend</p> <p><input type="checkbox"/> gemischt</p> <p><input type="checkbox"/> Stress</p>
Hobbies:	<p>_____</p> <p>_____</p>
Sportbetätigung:	<p>_____</p> <p>Wie oft/Woche? _____</p>

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

