

Fragebogen

für Test Nr. 3

Falls Sie nicht wissen, welche Organe Sie getestet haben möchten, bitte ich Sie, mir freiwillig folgende Fragen zu der Feststellung der zu testende Organe zu beantworten:

Operationen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entfernung des Blinddarms | <input type="checkbox"/> Entfernung der Eierstöcke |
| <input type="checkbox"/> Entfernung der Mandeln | <input type="checkbox"/> Entfernung der Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Entfernung der Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Entfernung der Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Prostata-Operation | |

Andere: _____

Haben Sie Haustiere?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Katze |
| <input type="checkbox"/> Pferd | |

andere: _____

Fragen betreffend Ihren Zähnen:

Wie sind Ihre Zähne? In gutem Zustand?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Weiss nicht | |

Wann wurde die letzte Panoramaaufnahme von Ihren Zähnen gemacht?

_____ weiss nicht

Ich habe Zähne mit:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen | <input type="checkbox"/> Goldfüllungen |
| <input type="checkbox"/> Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Plastikfüllungen |
| <input type="checkbox"/> Stiftzähne | <input type="checkbox"/> Alten Füllungen |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne | <input type="checkbox"/> Zähne mit grossen Füllungen |
| <input type="checkbox"/> Brücken | <input type="checkbox"/> künstliches Gebiss unten |
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> künstliches Gebiss oben |
| | <input type="checkbox"/> künstliches Gebiss (oben und unten) |

Wurden Amalgam-/Goldfüllungen entfernt? _____

Haben Sie begleitend dazu eine Ausleitung gemacht? _____

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> chronische Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> wechselhafter Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Scheidenpilze | <input type="checkbox"/> Pilze (Hautpilz etc.) |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> schmerzhaftes Perioden |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen |

