

Bio-Dental-Frequenz-Analyse

www.derzahnarzt.de

Klienten Erfassung Demografie

SOC Index = Suppression and Obstruction to Cure = Unterdrückung und Behinderung der Gesundheit

I. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
 Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
 E-Mail: _____ Telefon: _____
 Mobil: _____
 Geb. Datum: _____ Geb. Zeit _____

Wie identifizieren Sie sich? Weiblich Männlich Divers

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

II. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan nach Ihrer Einschätzung

(0 = wenig/niedrig bis 10 = viel/hoch)

	Wenn ja, Welche? Was?	Bewertung
• Sind bei Ihnen bereits Organe entnommen worden?		
• Nehmen Sie derzeit Medikamente?		
• Rauchen Sie? Wie viel?		
• Nehmen Sie Hormone zu sich?		
• Haben Sie Amalgam, Gold, Metall im Körper?		
• Nehmen Sie Drogen zu sich?		
• Sind Allergien bekannt?		
• Haben Sie ungelöste mentale Faktoren wie Neid, Gier, Hass, Eifersucht, Sorgen, Angst, Stress?		
• Tragen Sie Verantwortung für Ihren Körper? (1 = wenig // 10 = sehr hoch)		
• Wie ist Ihre tägliche Fett Aufnahme?	<input type="radio"/> 10% sehr diätisch <input type="radio"/> 20% gesund, <input type="radio"/> 30% viel fett <input type="radio"/> 70-90% viel Fastfood	
• Wie hoch ist Ihr allgemeines Stresslevel? (1 = minimal // 10 = extrem)		

Bio-Dental-Frequenz-Analyse

www.derzahnarzt.de

	Wenn ja, Welche? Was?	Bewertung
<ul style="list-style-type: none"> Nehmen Sie weißen Zucker zu sich? Wie oft am Tag? (Kaffee, Cola, Schokolade) 		
<ul style="list-style-type: none"> Treiben Sie Sport? 20 min. = 1 Wie oft pro Woche? 		
<ul style="list-style-type: none"> Wie viel Alkoholische Getränke konsumieren Sie? (Konsum in Gläsern pro Woche / 7 Tage) 		
<ul style="list-style-type: none"> Wie viel Kaffee oder schwarzen Tee trinken Sie? (Konsum in Tassen pro Tag) 		
<ul style="list-style-type: none"> Gibt es giftige Substanzen denen Sie ausgesetzt sind oder waren? 	<input type="radio"/> Strahlung <input type="radio"/> Chemikalien <input type="radio"/> Insektizide <input type="radio"/> Elektro-Smog <input type="radio"/> Wireless Mobilfunkmasten <input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Pestizide Farben <input type="radio"/> Lacke <input type="radio"/> Desinfektionsmittel <input type="radio"/> Putzmittel <input type="radio"/> Sonstiges _____	
<ul style="list-style-type: none"> Verletzung in der Vergangenheit und/oder Gegenwart? 	<input type="radio"/> Emotional <input type="radio"/> Psychisch <input type="radio"/> Traumatisch <input type="radio"/> Autounfall <input type="radio"/> Verlust von Partner <input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> Wunden <input type="radio"/> Sonstiges _____	
<ul style="list-style-type: none"> Gravierende Infektionen in der Vergangenheit und/oder Gegenwart? 	<input type="radio"/> Lungenentzündung <input type="radio"/> Bronchitis <input type="radio"/> Meningitis <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Lupus <input type="radio"/> Sinusitis <input type="radio"/> Sonstiges _____	
<ul style="list-style-type: none"> Wie viel Wasser oder Saft trinken Sie am Tag? 		
<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie in Ihrer Wahrnehmung Übergewicht? Wie viel Kg? 		
<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie bereits eine Wurzelkanalbehandlung? Wie viele tote Zähne? 		

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum _____

Unterschrift _____