

PATIENTENBEFRAGUNG ZUR AMALGAMSANIERUNG

ZU IHRER PERSON

1. Wie alt sind Sie?

- zwischen 16 und 25 Jahre
□ zwischen 26 und 45 Jahre
□ zwischen 45 und 65 Jahre
□ älter als 65 Jahre

2. Welchem Geschlecht gehören Sie an?

- weiblich
□ männlich

3. Welchen Schulabschluß haben Sie?

- Volks- bzw. Hauptschule
□ mittlere Reife bzw. Fachabitur
□ Abitur
□ Studium

4. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

(Bitte die zutreffende Rubrik - also nur eine - ankreuzen.)

- (Früh-) Rentner/in
□ Selbständiger bzw. Freiberufler
□ Beamter
□ Schüler/in bzw. Student/in
□ Leitender Angestellter
□ Arbeiter/in bzw. Hausfrau
□ Handwerker bzw. Angestellte/r

DIE SYMPTOME

5. Mit welchem ersten Symptom kündigte sich für Sie die Quecksilberbelastung aus Amalgamfüllungen an? (Bitte nur eine Nennung)

6. Welche sonstigen Gesundheitsbeschwerden führten Sie auf eine Quecksilberbelastung aus Amalgamfüllungen zurück ?

7. Waren Sie während der letzten sechs Monate vor der Amalgamsanierung krank geschrieben?

- immer
□ oft
□ manchmal
□ nie

8. Konnten Sie vor der Amalgamsanierung Ihren beruflichen und privaten Verpflichtungen nachkommen?

- nie
□ manchmal
□ oft
□ immer

ERSTE THERAPIEMASSNAHMEN

9. Welche Behandlungsmaßnahmen wurden aufgrund Ihrer Erkrankungen vor Beginn der Amalgamsanierung durchgeführt?

10. Nahmen Sie vor Beginn der Amalgamsanierung Medikamente gegen Ihre Beschwerden ein? □ ja □ nein

11. Wenn ja: Welche Medikamente in welcher täglichen Dosis nahmen Sie vor Beginn der Amalgamsanierung ein?
Medikament Dosis

.....

12. Wie viele Ärzte bzw. Klinikabteilungen welcher Fachrichtungen haben Sie vor Beginn der Amalgamsanierung wegen Ihrer Beschwerden aufgesucht? (z. B. Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopäde, Frauenarzt, Neurologe usw.) Anzahl Fachrichtung

13. Welche Therapien wurden von diesen Fachärzten bzw. Klinikabteilungen vorgeschlagen?

14. Welche dieser Therapievorschläge wurden durchgeführt?

15. Wie beurteilen Sie das Ergebnis dieser durchgeführt therapeutischen Maßnahmen?

- waren sehr erfolgreich
□ waren erfolgreich
□ kann ich nicht beurteilen
□ waren wenig erfolgreich
□ waren völlig erfolglos
□ verschlimmerten meine gesundheitliche Situation

16. Mußten Sie sich an den Kosten für dieser Therapien beteiligen?

- ja
□ nein

17. Falls ja: Wie hoch war Ihre Selbstbeteiligung?

..... €

18. Wie beurteilen Sie auf einer Skala von +3 bis -3 Ihren Gesundheitszustand vor Beginn der Amalgamsanierung? Bitte auf der Skala ankreuzen.

sehr gut < +3 +2 +1 -1 -2 -3 > sehr schlecht

DIE AMALGAMSANIERUNG

19. Wie viele Amalgamfüllungen wurden bei Ihnen insgesamt entfernt?

..... Stück

20. Wie viele Amalgamfüllungen wurden bei Ihnen pro Zahnarzttermin entfernt?

- eine
□ zwei
□ drei
□ mehr als drei

21. Wurden die Amalgamfüllungen unter Kofferdam (Gummifolie als Schutzvorrichtung) entfernt?

- Ja
□ nein
□ weiß nicht

22. In welchen zeitlichen Abständen fanden die Zahnarzttermine zur Entfernung der Amalgamfüllungen statt?

- mehrmals wöchentlich
□ einmal wöchentlich
□ alle vierzehn Tage
□ alle drei Wochen
..... (sonstige)

23. Wurden von Ihrem die Amalgamsanierung durchführenden Zahnarzt vor, während oder nach dem Entfernen der Amalgamfüllungen weitere Therapiemaßnahmen ergriffen?

- ja
□ nein

24. Wenn ja: Welche Therapiemaßnahmen waren das?

- vor dem Entfernen der Füllungen

- während des Entfernens der Füllungen

- nach dem Entfernen der Füllungen

25. Nennen Sie bitte diejenige Behandlungsmaßnahme, die Ihnen Ihrer Einschätzung nach am meisten geholfen hat. (Nur eine Nennung.)

26. Waren Sie während der Amalgamsanierung noch bei anderen Therapeuten in Behandlung?

- ja
 nein

27. Welche Therapeuten waren das?

- Heilpraktiker
 Arzt für Naturheilverfahren / Homöopathie
 sonstige:

28. Wenn Ja: Konsultierten Sie diese anderen Therapeuten auf Anraten, in Absprache oder mit Wissen Ihres Zahnarztes?

- ja
 nein

29. Wie hoch beurteilen Sie den Anteil Ihres Zahnarztes an dem Erfolg Ihrer Amalgamsanierung gegenüber dem Anteil der eventuell anderen von Ihnen konsultierten Therapeuten?

..... % Anteil anderer Therapeuten

..... % Anteil Zahnarzt

30. Mußten Sie sich an den Kosten für die Amalgamsanierung beteiligen?

- ja
 nein

31. Falls Sie sich an den Kosten der Amalgamsanierung beteiligen mußten, in welcher Höhe?

..... €

NACH DER AMALGAMSANIERUNG

32. Leiden Sie heute unter Gesundheitsbeschwerden?

- ja
 manchmal
 nein

33. Unter welchen Symptomen leiden Sie heute im Vergleich zur Zeit vor der Amalgamsanierung?

stärker als Amalgamsanierung vor schwächer der

.....

.....

.....

.....

34. Wie beurteilen Sie im nachhinein das Ergebnis der bei Ihnen durchgeführten Amalgamsanierung?

- sehr erfolgreich
 erfolgreich
 kann ich nicht beurteilen
 wenig erfolgreich
 völlig erfolglos
 verschlimmerte meine gesundheitliche Situation

35. Welche Medikamente in welcher täglichen Dosierung nehmen Sie heute ein?

Medikament Dosis

- keine

36. Wie beurteilen Sie heute die Notwendigkeit der bei Ihnen durchgeführten Amalgamsanierung?

- war sehr notwendig
 war notwendig
 kann ich nicht beurteilen
 war unnötig
 war völlig unnötig

37. Sind Sie heute - nach der Amalgamsanierung - arbeitsfähig?

- ja
 meistens
 selten
 nein

38. Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu folgenden Aussagen an:

	stimme	stimme	stimme	

	voll und weitge-	weniger	überhaupt
	ganz zu	hend zu	nicht zu

Die Amalgamsanierung hat sich nicht gelohnt.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mein Gesundheitszustand hat sich nach der Amalgamsanierung entscheidend verbessert.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die Amalgamsanierung hatte keinen Anteil an der Verbesserung meines Gesundheitszustandes

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die vor der Amalgamsanierung durchgeführten anderen Therapiemaßnahmen haben mir sehr geholfen.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nach der Amalgamsanierung

39. Wie beurteilen Sie auf einer Skala von -3 bis +3 Ihren heutigen Gesundheitszustand? Bitte auf der Skala ankreuzen.

sehr schlecht < -3 -2 -1 +1 +2 +3 > sehr gut

40. Um wieviel Prozent hat sich Ihr Gesundheitszustand nach der Amalgamsanierung verbessert bzw. verschlechtert? (verbessert: + , verschlechtert: -)

..... %

41. Welchen Anteil hatte Ihrer persönlichen Meinung nach die Amalgamsanierung an der Verbesserung bzw. Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes?

- keinen Anteil
- kleinen Anteil
- mittleren Anteil
- hohen Anteil

42. Können Sie heute Ihren privaten und beruflichen Verpflichtungen nachkommen?

- immer
- oft
- manchmal
- nie

43. Sind Sie heute nach der Amalgamsanierung - in Behandlung?

- ja
- nein

44. Falls ja: Bei Ärzten bzw. Klinikabteilungen welcher Fachrichtungen (z. B. Hals-Nasen-Ohren, Orthopädie, Frauenarzt, Neurologie usw.) sind Sie heute noch in Behandlung?
Fachrichtung

45. Welcher Zahnarzt hat die Amalgamsanierung durchgeführt? (Falls Ihnen diese Frage zu dringlich erscheint, müssen Sie sie nicht beantworten.)

.....(Name)

..... (Ort)

46. Würden Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen anderen Menschen zu einer Amalgamsanierung, wie sie bei Ihnen durchgeführt wurde, raten?

- auf jeden Fall
- nur bedingt
- keinesfalls

