

## 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](mailto:info@die-zahn-praxis.de)  
**[www.die-zahn-praxis.de](http://www.die-zahn-praxis.de)**  
Telefon: (06684) 616 · Fax: (06684) 91 79 45

## Patientenaufklärung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Neben der normalen klinischen Untersuchungsmethode kommt bei der privat Zahnärztlichen 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!

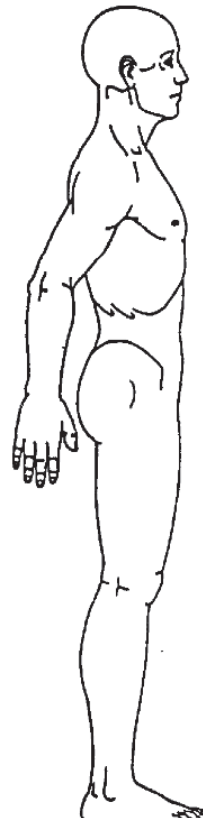
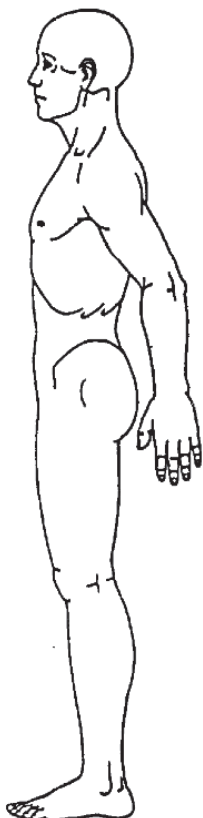
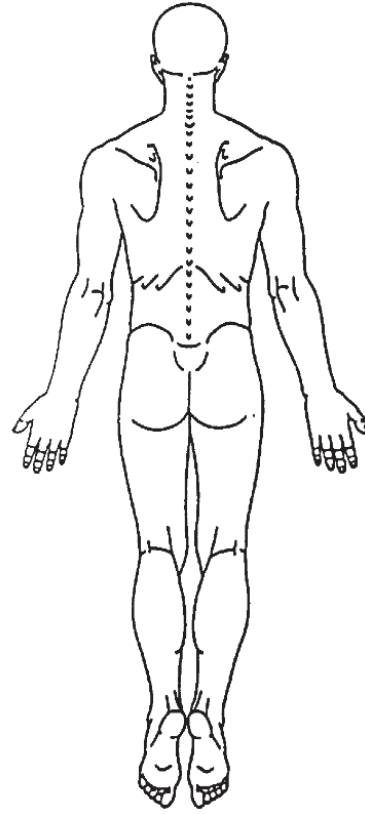
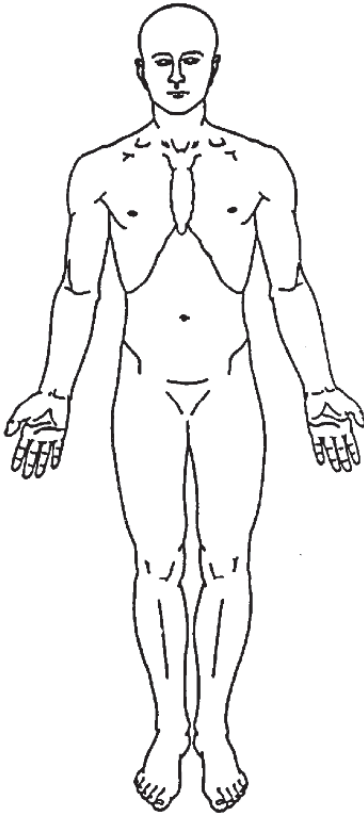
**Krankheitsgeschichte**

Geburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> gestillt
Erkrankungen als Kind  Antibiotikaeinnahme zw. 1.-3. Lebensjahr mit Zeitangabe	<input type="checkbox"/> Soor <input type="checkbox"/> Windeldermatitis <input type="checkbox"/> Nasen-Polypen <input type="checkbox"/> Mandeln <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen - bitte einzeln benennen
Erkrankungen als Erwachsener (Zeitangabe)  Antibiotikaeinnahme zw. 6. Lebensjahr	Wenn ja, wann und wie oft?
Unfälle/Operationen: (Zeitangabe)  Wurden durch OPs Metalle in Ihren Körper eingebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo im Körper: welches Metall, wenn bekannt:
Haben Sie Allergien?	Wenn ja, welche und erstes Auftreten:
Haben Sie eine Histaminintoleranz?  Reaktionen auf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> Edelmetall <input type="checkbox"/> Modeschmuck

Zahnbehandlungen (wenn ja, welche und wann?)	
Leiden Sie an Augenerkrankungen?	
Haben Sie Probleme mit Haut, Haaren und Nägel?	<input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> brüchige Nägel <input type="checkbox"/> trockene Haut <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> _____
Waren Sie jemals schwanger?	Wenn ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> normale Geburt

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	<input type="checkbox"/> wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation am Kopf:
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufig an	<input type="checkbox"/> Mandelentzündung <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Blasenentzündung
Lungenerkrankung/Bronchialerkrankung,	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> _____
Herzbeschwerden:	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt
Verdauungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Sodbrennen, Völlegefühl <input type="checkbox"/> Leber/Galle: z. B. Fettunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Blähungen  <input type="checkbox"/> Andere Unverträglichkeiten: welche? _____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> welche? _____ <input type="checkbox"/> Medikamente 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 <input type="checkbox"/> Gallenblase entfernt?
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie Ihre Energie? Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf? Sind Sie häufig erschöpft und müde?	
Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung? Wenn ja, an welcher und seit wann?	<input type="checkbox"/>



Leiden Sie an Nieren- und/oder Blasenproblemen?	<input type="checkbox"/> Welche?
Gynäkologische Probleme	<input type="checkbox"/> Welche?
Menstruation regelmäßig? Wie ist Ihre Zykluslänge?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/>
Gelenkstörungen	<input type="checkbox"/> große Gelenke (Schulter, Hüfte) <input type="checkbox"/> kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)
Sind Sie wärme- oder kälteempfindlich?	<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme

**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 <input type="checkbox"/> Vollkorn Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich? _____ Wie fühlen Sie sich nach dem Essen? _____ 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: _____ 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"/> Tattoos	

**Lebenssituation**

ledig	
geschieden	seit:
getrennt	seit:
verwitwet	seit:
verheiratet	seit:
mit Partner zusammenlebend	
Anzahl der Kinder:	
Alter der Kinder:	
Berufliche Betätigung:	<p>_____</p> <input type="checkbox"/> überwiegend sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> gemischt <input type="checkbox"/> Stress
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?	
Corona-Impfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Impfstoff: Hatten Sie eine Corona-Infektion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

(Fachrichtung, Name, Ort, Telefon)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bitte legen Sie der Anamnese-mappe 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.