

Dieser Fragebogen war Teil einer von der FDA (US-amerikanische Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelbehörde) genehmigten Studie, die sich als Ziel gesetzt hat, zu beurteilen, wie sich die Belastung durch Quecksilber, z.B. in Form von Toxizität, auf den menschlichen Körper auswirkt. Wenn ein Patient fünf oder mehr Fragen mit Ja beantwortet hat, sollte sein Arzt aufmerksam werden. Die FDA empfiehlt, dass sich betroffene Patienten zwecks Amalgamaustausch an Zahnärzte mit speziellen Kenntnissen in der sicheren Amalgamentfernung wenden.

Name _____ Vorname _____ Alter _____ M W Wohnort _____

		Ja	Nein
1	Leiden Sie oft unter entzündetes Zahnfleisch (Gingivitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben oder hatten Sie psychische Symptome wie Verwirrtheit oder Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Haben Sie unter einer schweren Depression gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hatten Sie oder haben Sie noch Ohrgeräusche (Tinnitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden? Z.B. Knacken, Geräusche beim Mundöffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Haben Sie ungewöhnliche Zittern (Tremor) der Hände oder Arme oder Zucken anderer Muskelgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Haben Sie "braune Flecken" oder "Altersflecken" unter den Augen oder an anderer Stelle auf der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Neigen Sie dazu, mehr Erkältungen, Grippe und andere Infektionskrankheiten als "andere" zu entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten von Materialien, Arzneimittel oder sonstige Stoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sind Sie schon von mehreren Ärzte aufgrund Ihrer gesundheitlichen Probleme untersucht worden, ohne dass dabei eine Krankheit gefunden wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Spüren Sie Taubheit oder ein brennendes Gefühl im Mund oder Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Verspüren Sie Taubheit oder unerklärliche Kribbeln in Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Haben sich im Laufe der Jahre Schwierigkeiten beim Gehen (Ataxie)entwickelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Haben Sie 10 oder mehr Amalgamfüllungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Haben Sie oft einen "metallischen" Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Haben Sie jemals als Maler oder in der Fertigung / Chemie oder Pestizid / Fungizid Fabriken (Fungizide mit Methylquecksilber Zutaten) oder Zellstoff / Papier Mühlen, die Quecksilber verwenden gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Haben Sie als Zahnarzt/in, Dentalhygieniker/in oder Zahnarzhelferin gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Hatten Sie jemals Candida-Related Complex (CRC) oder Hefe-Infektionen (Vagina, Mund oder GI-Trakt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Haben Sie Mundgeruch (Halitosis) oder eine weiß belegte Zunge (Soor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Haben Sie niedrige Basaltemperatur, bzw. Achseltemperatur (unter 37 °C)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie Herzrhythmusstörungen oder schneller Puls (Tachykardie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Haben Sie Symptome von Arthritis in Gelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Haben Sie Schleim im Stuhl beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Haben Sie nicht erklärbaren Schmerzen in der Brust bei sonst normalen Herz-Kreislauf-Werte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Leiden Sie unter Schlaflosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Haben Sie schon häufiger Nierenentzündungen oder haben erhebliche Probleme mit den Nieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Leiden Sie unter Müdigkeit und/oder Antriebslosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Sind Sie schnell reizbar oder haben Sie dramatische Veränderungen im Verhalten bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Nehmen Sie Antidepressiva oder haben Sie das in der Vergangenheit genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>