

## Unser Selbsttest: Haben Sie ein Amalgamproblem?

1991 wertete die Foundation Hood Toxin Free Dentistry (FTFD, Stiftung für giftfreie Zahnheilkunde) Fallberichte von Nebenwirkungen des Amalgams aus, die von 762 Patienten bei der FDA eingegangen waren. Sie ermittelten 440 Symptome vor der Amalgamentfernung. Bereits sechs Monate nach der Amalgamentfernung waren bei allen Patienten:

**20 Prozent der Symptome vollständig beseitigt**  
**75 Prozent der Symptome gebessert**  
**5 Prozent der Symptome unverändert**

Nach der zusätzlichen Auswertung von Fallberichten aus Schweden, Dänemark, Kanada und den Vereinigten Staaten wurden bei 1569 Patienten 440 Symptome wie in der Tabelle angegeben am häufigsten gefunden.

Schwedische Forscher haben eine Liste der Beschwerden, die üblicherweise bei Amalgambetroffenen gefunden werden, zusammengestellt und daraus einen Selbsttest entwickelt. Manche Symptome sind mehrfach aufgelistet - mit verschiedenen Begriffen - da sie nicht jeder mit den selben Worten beschreibt.

Kreuzen Sie bitte die am meisten zutreffenden Symptome an.

- **Wenn über 80% der Symptome zutreffen, sind diese wahrscheinlich durch das Amalgam im Mund oder im Körper verursacht.**
- **Bei 40 % kann der Verdacht nicht ausgeschlossen werden, wenn Sie zusätzlich an fünf der auf der folgenden Seite aufgeführten Symptome leiden:**

- Schmerzen - Krämpfe im Kiefer
- Starke Müdigkeit
- Schmerzen in Händen & Füßen
- Metallischer Geschmack im Mund
- Starker schneller Herzschlag nach geringer Anstrengung
- Zittern der Hände
- Verminderte Muskelkraft

Wenn dies bei Ihnen der Fall sein sollte - oder Sie eine absolut ausgetestete Diagnose haben wollen, sollten Sie mit uns einen Termin ausmachen.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse, daß dieser Test nur wirksam ist, wenn Sie die Fragen ehrlich beantworten

STIMMUNGEN	JA	NEIN
Regen Sie sich über Kleinigkeiten sofort sehr auf?		
Regen Sie sich über Kritik an Ihrer Person sofort sehr auf?		
Sind Sie schnell entmutigt ?		
Haben Sie Depressionen ?		
Haben Sie Schwierigkeiten etwas Neues anzupacken ?		
Sind Sie häufig bedrückt ?		
Leiden Sie unter Angst ?		
Sind Sie schüchtern und unsicher ?		
Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken ?		

SCHLAF - MÜDIGKEIT	JA	NEIN
Haben Sie starke Müdigkeit ?		
Haben Sie vermehrtes Schlafbedürfnis ?		
Sind Sie selbst nach ausreichendem Schlaf noch müde ?		
Leiden Sie unter Schlaflosigkeit ?		

<b>SCHLAF - MÜDIGKEIT (Fortsetzung)</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Plötzliches Aufwachen weil der Körper in Aufruhr ist ?		
Schlechter Schlaf mit vielen Träumen ?		
Das Gefühl, als breche eine Erkältung aus ?		
Sind Sie zittrig ?		
Verspüren Sie öfter ein Frösteln ?		
Haben Sie das Gefühl, krank zu sein ?		
Haben Sie Schwächegefühle ?		

<b>SPRACHE &amp; DENKEN</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Vergessen Sie häufig, was Sie gerade sagen wollten ?		
Haben Sie Konzentrationsschwächen ?		
Können Sie die Lippen nicht richtig bewegen und sprechen undeutlich ?		
Haben Sie Schwierigkeiten Gedanken zu Ende zu denken ?		
Können Sie anderen beim Sprechen nicht folgen ?		
Verstehen Sie Gelesenes schlecht ?		
Erinnern Sie sich schlecht an Vergangenes ?		

<b>VERSCHIEDENES</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Haben Sie mitunter unkontrollierbare Muskelzuckungen ?		
Haben Sie zittrige Hände beim Ausstrecken ?		
Haben Sie zittrige Zunge, Lippen oder Augenlider ?		
Haben Sie starkes Zittern wie bei Schüttelfrost ?		
Haben Sie unfreiwillige Gewichtsabnahme ?		
Leiden Sie unter Appetitlosigkeit ?		
Haben Sie mitunter wallende Hitzegefühle ?		
Frieren Sie ständig?		
Haben Sie mitunter kalte Körperteile - Nase, Hände, Füße ?		
Sind mitunter Ihre Finger, Füße oder Hand- Fußgelenke geschwollen ?		

<b>KRÄMPFE &amp; SCHMERZEN</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Krämpfe oder unkontrollierte Zuckungen im Gesicht ?		
Haben Sie Wadenkrämpfe ?		
Schmerzende Muskeln zwischen - unterhalb - hinter der Schultern ?		
Schmerzen an Händen oder Füßen ?		
Schmerzen an Armen oder Beinen ?		
Haben Sie Nackenschmerzen?		
Haben Sie generelle Schulterschmerzen ?		
Haben Sie generelle Gelenkschmerzen ?		
Haben Sie Lendenschmerzen oder an den Geschlechtsorganen ?		
Haben Sie Schmerzen im Brustbein ?		
Verspüren Sie eine Schmerzausstrahlung in den Rücken ?		
Haben Sie Schmerzen unterhalb Ihrer rechten Rippe ?		
Haben Sie Schmerzen in den Achselhöhlen ?		
Haben Sie generelle Schulterschmerzen ?		

<b>GESCHLECHTSORGANE</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Haben Sie unregelmäßige Monatsblutungen ?		
Haben Sie starke Monatsblutungen ?		
Haben Sie schwache Monatsblutungen ?		
Verspüren Sie eine Zunahme von Beschwerden vor der Periode ?		
Verspüren Sie eine Zunahme von Beschwerden während der Periode ?		
Verspüren Sie eine Zunahme von Beschwerden nach der Periode ?		
Haben Sie Prostatabeschwerden ?		

<b>HAUT - HAARE - NÄGEL</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Bekommen Sie Ausschlag - Rötungen bei der Berührung von Metall?		
Bekommen Sie Ausschlag nach Sonnenbaden?		
Zunahme von Sommersprossen ?		

<b>HAUT - HAARE - NÄGEL (Fortsetzung)</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Bei Erwachsenen: Zunahme oder ständig neue Pickel ?		
Haben Sie Neigung zu Blutergüssen ?		
Haben Sie Beulen am Körper ?		
Haben Sie mitunter Hautjucken ?		
Haben Sie wiederholt auftretende Ausschläge ?		
Haben Sie mitunter Ekzeme ?		
Haben Sie mitunter das Gefühl von Ameisenbissen ?		
Haben Sie gelbliche Hautfarbe ?		
Haben Sie eher blasser Hautfarbe ?		
Haben Sie starke Neigung zum Schwitzen ?		
Haben Sie glanzloses, stumpfes oder sprödes Haar ?		
Ist Ihr Haar unerklärlicherweise dunkler geworden ?		
Haben Sie verstärkten Haarausfall ?		
Haben Sie spröde, brüchige Nägel ?		

<b>KOPF</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Haben Sie häufig Kopfschmerzen ?		
Leiden Sie mitunter unter Benommenheit ?		
Haben Sie Schwindelgefühle, die das Laufen erschweren ?		
Hatten Sie Stürze als Folge von Schwindelgefühlen ?		
Schwank - oder Schaukelschwindel ?		
Schwindel beim Hinlegen ?		
Taubheits- oder Kältegefühl im Hinterkopf ?		
Das Gefühl, als wolle der Kopf platzen ?		
Haben Sie Druck auf der Stirn ?		
Haben Sie das Gefühl, die Augen pressen heraus ?		
Haben Sie eingefallene Augen ?		
Haben Sie blutunterlaufene Augen ?		

VERDAUUNGSORGANE - BLASE	JA	NEIN
Leiden Sie mitunter an Übelkeiten ?		
Haben Sie häufig Aufstoßen oder Sodbrennen ?		
Haben Sie Erbrechen ?		
Haben Sie häufig einen Blähbauch ?		
Leiden Sie unter Blähungen ?		
Haben Sie häufig Magenschmerzen ?		
Haben Sie öfter Unterleibsschmerzen ?		
Haben Sie eher hellen Stuhlgang ?		
Haben Sie dunklen Stuhlgang ?		
Haben Sie weichen Stuhlgang ?		
Haben Sie häufig Durchfall ?		
Haben Sie häufig Verstopfung ?		
Wasser lassen: Kleine, dunkle Mengen?		
Wasser lassen: Große, hellere Mengen?		

HERZ & ATMUNG	JA	NEIN
Haben Sie unregelmäßigen Herzschlag ?		
Haben Sie schwachen Herzschlag ?		
Haben Sie mitunter das Gefühl, als wolle das Herz stehen bleiben ?		
Haben Sie starken, schnellen Herzschlag ?		
Haben Sie austrahlenden Schmerz im Brustkorb?		
Haben Sie hohen Ruhepuls? > 90		
Haben Sie langsamen Puls ?		
Heftiger Herzschlag bei geringer Anstrengung ?		
Atemlosigkeit bei geringer Anstrengung ?		
Atemlosigkeit ohne Anstrengung ?		
Langfristige Kurzatmigkeit ?		
Haben Sie grundsätzlich Atembeschwerden?		

HERZ & ATMUNG (Fortsetzung)	JA	NEIN
Das Gefühl, der Atem setzt aus, Sie zwingen sich bewusst zu atmen?		
Haben Sie schwachen Atem ?		
Haben Sie flache Atmung ?		
Haben Sie das Gefühl der Brustkorb wird von einem Eisenband gehalten ?		

DIE SINNE	JA	NEIN
Sie sehen alles wie durch Nebel ?		
Sie leiden an Licht - Überempfindlichkeit ?		
Ist Ihr Blick- Gesichtsfeld eingeschränkt ?		
Sie sehen für einen Bruchteil gar nichts?		
Sie haben Funken, Sterne oder Schatten vor den Augen?		
Graue oder farbige Flecken wandern im Gesichtsfeld mit ?		
Sie sehen Dinge wie gedoppelt ?		
In der Dämmerung können Sie schlecht sehen ?		
Sie hören schlecht ?		
Gehörtes dringt nicht in Ihr Bewußtsein ?		
Haben Sie Störungen des Geruchsinns ?		
Ihr Geruchssinn ist überempfindlich- Essen - Parfum -Rauch ?		
Sie haben metallischen Geschmack im Mund ?		
Sie haben das Gefühl, Alufolie im Mund zu haben ?		
Sie haben immer einen schlechten Geschmack im Mund ?		
Essen kommt Ihnen geschmacklos vor ?		
Brennen im Mund oder im Hals ?		
Taubheit in Händen, Füßen oder Beinen ?		
Allgemeines- unangenehmes Wärme - oder Hitzegefühl ?		
Haben Sie das Gefühl, daß Ihre Nerven zucken ?		

<b>KOORDINATION - BELASTBARKEIT</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Lassen Sie häufiger Gegenstände einfach fallen?		
Laufen Sie öfter gegen Möbelecken oder Türrahmen ?		
Sind Sie häufig beim Stehen müde ?		
Haben Sie Muskelschwächen?		
Sind Sie schnell erschöpft ?		
Haben Sie öfter schwere - unkontrollierbare Beine ?		
Haben Sie zunehmende Beschwerden nach Anstrengungen ?		

<b>MUND - HALS</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Haben Sie Mundgeschwüre ?		
Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten ?		
Haben Sie starken Speichelfluß ?		
Haben Sie einen trockenen Mund trotz regelmäßigem Trinken ?		
Haben Sie vermehrt Durstgefühl?		
Haben Sie Mundgeruch - öder das Gefühl von schlechtem Atem ?		
Haben Sie bisweilen unerklärliche Zahnschmerzen ?		
Haben Sie bisweilen einen schmerzenden Kiefer ?		
Haben Sie Zahnfleischwund ?		
Haben Sie Pickel oder Geschwüre am Gaumen - Zahnfleisch - Zunge ?		
Haben Sie helle -weiße Flecken an Lippen oder im Mund ?		
Haben Sie dunkle Flecken am Zahnfleisch ?		
Sind zwischen Zahnfleisch und Zahn dunkle Linien ? ?		
Sehen Sie Abdrücke der Zähne an der Zunge ?		
Fühlen sich Lippen oder Zunge pelzig an ?		
Haben Sie das Gefühl, daß Ihre Zunge zu groß ist ?		
Haben Sie das Gefühl, einen Kloß - oder Druck im Hals zu haben ?		
Haben Sie Schleim im Hals - ohne Erkältung ?		
Haben Sie Schluckbeschwerden ?		

MUND - HALS (Fortsetzung)	JA	NEIN
Sind Sie öfter heiser - ohne Erkältung ?		
Haben Sie öfter - unbegründet - Hustenanfälle ?		
Haben Sie Halsschmerzen - eine Rötung ohne Infektion ?		
Haben Sie öfter irgendwelche Infekte ?		
Haben Sie Schwellungen im Bereich der Schilddrüse ?		
Haben Sie kleine, weiche - verschiebbare Knoten, seitlich am Hals ?		
Haben Sie ein einschnürendes Gefühl bei Kleidungen oder Schmuck ?		