



DR. KÜBLER

Zentrum für ganzheitliche  
Zahnmedizin

## Fragebogen

Erw

### I. Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name (Versicherter)	Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum (Versicherter)
_____	_____	_____
Straße	Postleitzahl	Wohnort
_____	_____	_____
Telefon privat	Mobil	eMail
_____	_____	_____
Hausarzt	Krankenkasse	Zusatzversicherung/ beihilfeberechtigt?
_____	_____	_____
Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?	Unterschrift	

### II. Medizinische Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen oder Beschwerden ?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ja, gegen _____		
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

» weiter auf der Rückseite



	Ja	Nein
Waren Sie vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, aus welchem Grund? _____		
Waren Sie vor kurzem oder sind Sie noch in psychologischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> Im ____ Monat		
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

## II. Zahnmedizinische Anamnese

Was ist Ihr Hauptanliegen? Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?

Vorsorgeuntersuchung und Beratung über Vorsorgemaßnahmen	<input type="radio"/>	
Beratung und Behandlung von Karies und Parodontitis	<input type="radio"/>	
Beratung über metallfreien Zahnersatz	<input type="radio"/>	
Beratung über Zahnimplantate	<input type="radio"/>	
Verbesserung der Ästhetik	<input type="radio"/>	
Beratung über Zahnstellungs-Korrekturen und Kieferregulierung	<input type="radio"/>	
Sonstiges: _____		

Haben Sie im Moment zahnärztliche Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche: _____		

Besteht die Tendenz zu Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie gelegentlich Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwenden Sie eine fluoridierte Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen Sie Wert auf eine fluoridfreie Prophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwenden Sie eine elektrische Zahnbürste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwenden Sie weitere Hilfsmittel zur Zahnhygiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie häufig Verspannungen im Kopf- und Nackenbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie oder rauchten Sie früher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie viel? _____ Nichtraucher, seit _____		