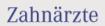
Dr. Frey, Dr. Staufer & Kollegen

* Keine Pflichtangaben





Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und ihn vor der Behandlung an der Rezeption abzugeben. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Arztgeheimnis.

Patient:											
_	Name	Vorname	Geb.Datum	Geb.Ort							
Mitglied	<u> </u>	M.									
	Name	Vorname		Geb.Datum							
Anschri	ft : Straße			Telefon privat							
	Ciralic			releion privat							
PLZ	Ort			Telefon geschäftlich							
Mobiltelefon		e-mail		Fax							
Beruf (b	zw zuletzt ausgeübte T	ätigkeit)*:									
Arboitae	hor*·										
Albeitge	;DCI										
	Anschrift										
Kranker	ıkasse:		· ·								
			☐ Pfl	ichtmitglied							
Zahnzus	satzversicherung:	□ ja	□ ja □ nein								
Hausarz	t:										
(Bisheriger) Zahnarzt:											
Wem ve	rdanken wir Ihre Übe	erweisung/Empfehlung?*									
Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis wiederrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Im Falle einer vereinbarten Anforderung von Röntgenaufnahmen oder an mit-/weiterbehandelnde Ärzte oder Zahntechniker bin ich mit der verschlüsselten Übermittlung per E-Mail einverstanden.											
Die Info	rmation "Praxiswegv	veiser" habe ich erhalten									
		//	•								
Oldenbu	rg, den										
	Datum	Unterschrift		<u></u>							
Bitte vei	rgessen Sie nicht, au	ich Seite 2 dieses Bogens aus	szufüllen!								

Dr. Frey, Dr. Staufer & Kollegen

Zahnärzte



Allgemeine medizinische Vorgeschichte:

Leiden oder litten Sie an I	Erkrankungen aus dem Bei	reich					
1. Herz / Kreislauf							nein
	Blutdruck (hoch/ niedrig) Angina pectoris/ Infarkt Schlaganfall Blutungsneigung	ja □ ja □ ja □	□ nein □ nein □ nein □ nein				
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja ☐ ☐ nein						_	_
2. Atmungssystem							nein
3. Verdauungsorgane							nein
4. Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes							nein
5. Rheumatische Erkrankungen							nein
6. Hormonelle Erkrankungen, z.B. der Schilddrüse							nein
7. Neurologische/psychische Erkrankungen							nein
8. Infektionen, z.B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS							nein
9. Tumor / Krebs							nein
10. Allergien, z.B. gegen Medikamente, Metalle, Latex Wogegen genau?							nein
Haben Sie einen Allergiepaß?							nein
11. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?							nein
wenn ja, warum?							
12. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?							nein
wenn ja, welche?_							
haben Sie jemals E							
Osteoporose eingenommen?							nein
13. Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc.?							nein
Gegebenfalls wie viel?							
14. Wann war Ihre letzte	Röntgenuntersuchung?	•	ein rztlich				
Spezielle zahnärztliche V	orgeschichte:						
1. Erlitten Sie je einen Un	fall mit Kopfbeteiligung?			ja			nein
2. Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung (z.B. Zahnspange)							nein
3. Leiden Sie öfter an Kopfschmerzen? morgens / mittags / abends							nein
4. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?					J		nein
5. Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung oder beim Gähnen?							nein
6. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? rechts / links							nein
7. Haben oder hatten Sie eine Zahnschiene / Knirschschiene							nein
8. Blutet manchmal Ihr Za	hnfleisch?			ja			nein
9. Haben Sie z.Zt. Schme	rzen an einem Zahn?			ja			nein
10. Haben Sie z.Zt. sonst irgendein Problem mit ihren Zähnen?							nein
11. Legen Sie bes. Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung?							nein
12. Lehnen Sie bestimmte Füllungsmaterialien ab, z.B. Amalgam?							nein
13. Wann war Ihr letzter Z	Zahnarztbesuch?	//					
14. Was wurde dabei gen	nacht?						
Für Patientinnen:							

Bitte, sagen Sie es Ihrem Zahnarzt unaufgefordert vor jeder Behandlung, wenn bei Ihnen eine

Schwangerschaft besteht oder bestehen könnte!