

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: _____
Name Vorname Geb.Datum

Anschrift: _____
Straße Telefon privat

PLZ Ort Telefon geschäftlich

Mobiltelefon e-mail Fax

Beruf (bzw zuletzt ausgeübte Tätigkeit)*: _____

Arbeitgeber*: _____

Anschrift

Krankenkasse: _____ **wenn gesetzlich:** freiwillig versichert
 Pflichtmitglied

Hausarzt: _____

(Bisheriger) Zahnarzt: _____

Wem verdanken wir Ihre Überweisung/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 widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)
Im Falle einer vereinbarten Anforderung von Röntgenaufnahmen oder Versand an weiterbehandelnde Ärzte bin ich mit der verschlüsselten Übermittlung per E-Mail einverstanden.

Die Information „Praxiswegweiser“ habe ich erhalten

Oldenburg, den _____
Datum Unterschrift

Bitte vergessen Sie nicht, auch die Rückseite dieses Bogens auszufüllen!

* Keine Pflichtangaben

Allgemeine medizinische Vorgeschichte:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen aus dem Bereich

1. Herz / Kreislauf ja nein
 wenn ja, speziell: Blutdruck hoch/ niedrig ja nein
 Angina pectoris/ Infarkt ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Blutungsneigung ja nein
 Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
2. Atmungssystem ja nein
3. Verdauungsorgane ja nein
4. Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes ja nein
5. Rheumatische Erkrankungen ja nein
6. Hormonelle Erkrankungen, z.B. der Schilddrüse ja nein
7. Neurologische/psychische Erkrankungen ja nein
8. Infektionen, z.B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS ja nein
9. Tumor / Krebs ja nein
10. Allergien, z.B. gegen Medikamente, Metalle, Latex ja nein
 Wogegen genau? _____
 Haben Sie einen Allergiepaß? ja nein
11. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
 wenn ja, warum? _____
12. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein
 wenn ja, welche? _____
 haben Sie jemals Bisphosphonate (z.B. wegen Tumor oder Osteoporose eingenommen? ja nein
13. Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc.? ja nein
 Gegebenfalls wie viel?
14. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? allgemein _____
 zahnärztlich _____

Spezielle zahnärztliche Vorgeschichte:

1. Erlitten Sie je einen Unfall mit Kopfbeteiligung? ja nein
2. Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung? ja nein
3. Sind Ihre Zähne schon einmal eingeschliffen worden? ja nein
4. Leiden Sie öfter an Kopfschmerzen? morgens / mittags / abends ja nein
5. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr? ja nein
6. Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung oder beim Gähnen? ja nein
7. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? rechts / links ja nein
8. Blutet manchmal Ihr Zahnfleisch? ja nein
9. Haben Sie z.Zt. Schmerzen an einem Zahn? ja nein
10. Haben Sie z.Zt. sonst irgendein Problem mit ihren Zähnen? ja nein
11. Legen Sie bes. Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung? ja nein
12. Lehnen Sie bestimmte Füllungsmaterialien ab, z.B. Amalgam? ja nein
13. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?
14. Was wurde dabei gemacht? _____

Für Patientinnen:

Bitte, sagen Sie es Ihrem Zahnarzt unaufgefordert vor jeder Behandlung, wenn bei Ihnen eine Schwangerschaft besteht oder bestehen könnte!

Sign. Arzt