

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?** \_\_\_\_\_

Im Falle einer vereinbarten Anforderung von Röntgenaufnahmen oder Versand an weiterbehandelnde Ärzte bin ich mit der 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!**

**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