



<p>هل سبق وأن تم إجراء أشعة سينية للأسنان لديك؟ إن كان الجواب نعم، فمتى كان ذلك؟ هل تعاني من مصاعب في المضغ لفقدان أسنان؟ nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/></p>		<p>Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann? .....</p> <p>Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?</p>	
		<p>هل سبق لك وأن راجعت طبيباً أخصائياً بالطب العام؟ إن كان الجواب نعم فأى طبيب؟ .....</p>	<p>Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? Wenn ja, bei welchem Arzt?</p>
<p>منذ ..... .....seit منذ ..... منذ .....</p>	<p>..... ..... ..... .....</p>	<p>ماهي الأدوية التي تتعاطها بصورة منتظمة أو بالأحرى حالياً؟</p>	<p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?</p>

المكان والتاريخ

Ort ..... den .....

التوقيع

Unterschrift:.....