

Dr. Rainer Hauschild & Dr. Karla Hauschild

Zahnärzte

Neustädtischer Markt 5-6 14776 Brandenburg

Tel. 03381/224029 Fax 03381/793136

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

LIEBE PATIENTEN!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, den Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. **Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.** Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Hausarzt (Name/ Adresse / Telefon)

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/ Ort

Sorgeberechtigten / Eltern (Behandlung minderjähriger Patienten)

Sorgerecht alleinige Sorgerecht gemeinsames Sorgerecht gesetzlicher Betreuer

Ist ihrerseits ein Dokumentenaustausch mit anderen Ärzten gewünscht (z.B. Röntgenbilder, Patientenakte)

Ja Nein

Zusatzversicherung Ja Nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/ n...

Routinekontrolle

Schmerzbehandlung

andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung:

Internet

Facebook

Anzeige

Bitte wenden →

Dr. Rainer Hauschild & Dr. Karla Hauschild

Zahnärzte

Neustädtischer Markt 5-6 14776 Brandenburg

Tel. 03381/224029 Fax 03381/793136

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Herzerkrankungen
wenn ja, welche:

Herzinfarkt

Angina Pectoris

Herzschrittmacher

Herzklappenersatz

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?

Schlaganfall

Blutgerinnungsstörung/ Gerinnungshemmende Medikamente

Schilddrüsenerkrankung (Über – oder Unterfunktion)

Autoimmunerkrankungen

Diabetes (Typ I oder II)

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)

Osteoporose / Bisphosphonate

Nierenfunktionsstörungen

Infektiöse Erkrankungen (**HIV, Hepatitis, Tuberkulose**)

Epilepsie

Tumorerkrankungen

Augenerkrankungen (Glaukom, grauer oder grüner Star)

psychische Erkrankungen

Allergien
wenn ja, welche:

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Datum / Unterschrift

Ich nehme zur Kenntnis, dass unentschuldigte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Medikamente- Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Unverträglichkeit gegen Medikamente
wenn ja, welche:

Rauchen Sie?

wenn ja, wieviel pro Tag: _____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche: _____

MUNDGESUNDHEIT

Wann wurden Sie das letzte Mal im Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim
Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten
Geschmack im Mund?