

# 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?