

Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
Borsigstraße 10
38126 Braunschweig
Tel.: 0531 – 69 16 96
info@zahnarztpraxisteam.de



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Kinder,
herzlich willkommen in unserer Praxis! In Ihrem und unserem Interesse füllen Sie
bitte die **Vorder-und Rückseite** unseres Gesundheitsfragebogens vollständig
aus! Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mithilfe.

Name: _____ Vorname: _____
Frühere Namen: _____ Geschlecht: w m d
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße / Hausnummer: _____
Postleitzahl / Ort: _____
Tel.-Festnetz: _____ Tel.-mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____

Versicherter (Eltern/Ehegatte)

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnummer: _____
Postleitzahl / Ort: _____
Ist auch Rechnungsadresse?: ja nein

Versicherungsverhältnis?

Gesetzlich versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Privat versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Freiwillig versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenerstattung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Privat zusatzversichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

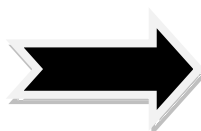
Name der Krankenkasse:

Für unsere **Patientinnen!**
Sind Sie schwanger? ja nein
wenn ja, Entbindungstermin: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?: ja nein

Wenn ja, welche?

Herzmedikamente: _____
Blutverdünnende Medikamente: _____
Schmerzmittel: _____
Antidepressiva: _____
Cortison: _____
Sonstige: _____



Bestehen folgende weitere Beschwerden oder Erkrankungen?

	ja	nein	wenn ja, welche(r)?/wann?
Allergien:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz-Kreislaufkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoher Blutdruck:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüse:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lunge/Atemwege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nerven oder Knochen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Muskel oder Gelenke:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HIV:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Allgemeine Lebensgewohnheiten:

- Rauchen Sie? ja nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
Nehmen Sie Drogen? ja nein

Gerne würden wir noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind.

- auf Empfehlung Internet sonstiges

- ⇒ Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
- ⇒ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle in der Praxisgemeinschaft tätigen Zahnärzte Einsicht in meine Krankenakte haben.
- ⇒ Ich bestätige die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben und gebe Änderungen sofort bekannt.
- ⇒ Sollten Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bitten wir durch die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten um das Einverständnis für eine zahnärztliche Behandlung.
- ⇒ Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an einen vor-, mit- oder nachbehandelnden Zahnarzt zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: