

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: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  d  
Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_  
Ist auch Rechnungsadresse?:  ja  nein

**Versicherungsverhältnis?**

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

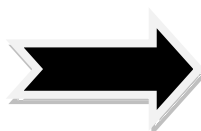
**Name der Krankenkasse:**  
\_\_\_\_\_

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: