

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: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

#### 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	Basistarif?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Privat zusatzversichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

#### Name der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

#### Für unsere **Patientinnen!**

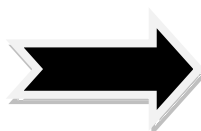
Sind Sie schwanger?  ja  nein

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.
- ⇒ Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten notwendig!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unsere Datenschutzerklärung/Patienteninformation können Sie jederzeit in der Praxis oder auf [www.zahnarztpraxisteam.de](http://www.zahnarztpraxisteam.de) einsehen.