

Ästhetik, Implantologie, allgemeine Zahnmedizin

Anmeldeformular

Behandler:

med. dent. M. Tudor; Dr. medic stom. C. Birta; Dr. med. Dr. med. dent. U. Arhold;

Name: _____	Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____	PLZ, Wohnort: _____
Geb. Datum: _____	E-Mail: _____
Tel. Nr. Privat: _____	Tel. Nr. Geschäft: _____
Natel: _____	Beruf: _____

Bei Unfall:

Adresse der Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Wird Ihre Behandlung von der AHV / IV übernommen? _____

Sind Sie Sozialhilfeempfänger? _____

Privatzahnarzt und Adresse: _____

Wie sind Sie auf unsere Telefonnummer 044 461 56 20 gekommen? _____

Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich einverstanden, dass die an der Gutstrasse 53 arbeitenden Zahnärzte (siehe oben) und deren Personaltechniker und deren Personal, sowie die Betreuer der Computersoft- und hardware und alle in diesem Sinne in Zukunft tätige Personen Einsicht in meine medizinischen Daten (Krankengeschichte, Röntgenbilder, Fotos, Abrechnungsdaten) nehmen können. Mit der in Kenntnissetzung meines Zahnarztes, meines Arztes und meiner Versicherung bin ich einverstanden. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Gesundheitsfragebogen:

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz anzuwenden, benötigen wir folgende Angaben:

Waren Sie in den letzten drei Wochen im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	JA	NEIN
Nehmen Sie irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Wenn ja, welche?	JA	NEIN
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein?	JA	NEIN
Haben oder hatten Sie jemals Infektionskrankheiten?	JA	NEIN
(Tuberkulose, HIV, Hepatitis A, B oder C u. ä.) Wenn ja, welche?	JA	NEIN
Herz- oder Kreislauferkrankungen?	JA	NEIN
Blutkrankheiten?	JA	NEIN
Allergien, ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente oder Spritzen?	JA	NEIN
Wenn ja, auf welche?	JA	NEIN
Asthma?	JA	NEIN
Diabetes?	JA	NEIN
Eine andere ernsthafte Erkrankung?	JA	NEIN
Wenn ja, welche?	JA	NEIN
Sind Sie Raucher/in?	JA	NEIN
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	JA	NEIN

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars – auch für zukünftige Behandlungen – durch die Zahnarztpraxis Triemli AG oder Zahnärztekasse AG ertragen. Zu diesem Zweck darf der Zahnarzt die jeweils erforderlichen Daten (insbesondere Namen, Geburtsdatum, Leitungspositionen, Beträge, etc.) verwenden.

Datum

Unterschrift