

Anmeldeformular

Für eine optimale Betreuung und Behandlung, bitten wir Sie dieses Formular in Ruhe auszufüllen.

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____
Hausarzt _____
Krankenversicherung _____

Name Mutter/Vater _____
Tel. _____
Natel _____

Bist du Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger? _____
Auf wessen Empfehlung kommst du? _____
Wann warst du das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Dein Anliegen:

- Zahnschmerzen
- Zahnstellung
- Unfall
- Schuluntersuch
- _____



Möchtest du oder deine Eltern beraten werden über:

- Kariesvermeidung (Prophylaxe)
- Kinderzahnpflege
- _____

Fragen zu deiner Gesundheit:

- Warst du in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ambulanter ärztlicher Behandlung?
- Wenn ja, warum? _____
- Nimmst du in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?
- Wenn ja, welche? _____
- Leidest du an einem Herzfehler oder hattest du eine Operation am Herz?
- Hattest du je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder Materialien?

Hast oder hattest du folgende Krankheiten?

- Asthma oder Allergien
- Diabetes/Zuckerkrankheit
- Epileptische Anfälle
- Magen oder Darmgeschwür
- Gelbsucht/Hepatitis
- AIDS
- Tuberkulose (TBC)

Wir bitten dich uns Änderungen umgehend mitzuteilen.

Der Kunde entbindet den behandelnden Arzt für die Geltendmachung seiner Honorarforderung vom Arztgeheimnis.

Datum _____ Unterschrift _____