

ANMELDE-/GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



SCHNEIDER ZAHNÄRZTE

| | | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Anrede | <input type="text"/> | | |
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort | <input type="text"/> | Strasse | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | Email | <input type="text"/> |
| Tel. P | <input type="text"/> | Tel. G | <input type="text"/> |
| Natel | <input type="text"/> | | |
| Eltern/Ges. Vertreter | <input type="text"/> | | |
| Arbeitgeber | <input type="text"/> | Beruf | <input type="text"/> |
| Hausarzt | <input type="text"/> | Ort und Tel. Hausarzt | <input type="text"/> |
| Krankenkasse | <input type="text"/> | Unfallversicherung | <input type="text"/> |

Kostenträger: Privat Sozialhilfe-bezüger Ergänzungs-leistung IV Asylsuchend

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

| | | |
|--|----------------------|---|
| Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Falls ja, weshalb? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls ja, welche? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ist Ihr Blut verdünnt oder neigen Sie zu langem Bluten? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie Raucher/In? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Konsumieren Sie Drogen? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Leiden Sie an einem Herzfehler oder einer Herzerkrankung? Herzschrittmacher? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ist Ihr Blutdruck erhöht? | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

- Leiden Sie unter Allergien? Welche? Ja Nein
- Wurden Sie jemals strahlentherapiert? Ja Nein
- Müssen Sie abschirmen, d.h. Antibiotika nehmen vor ärztlichen oder zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

- Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
- Zucker bzw. Diabetes? Ja Nein
- Epilepsie? Ja Nein
- Infektionskrankheiten? (z.Bsp. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Ja Nein
- Magen- oder Darmprobleme? Ja Nein
- Rheumatismus oder Arthrose/Arthritis? Ja Nein
- Künstliche Gelenke? (seit wann) Ja Nein
- Andere Krankheiten? Ja Nein
- Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich erkläre mich hiermit mit folgenden allgemeinen Geschäftsbedingungen einverstanden:

Die Patientenakte wird von Schneider Zahnärzte aufbewahrt und den in ihren Räumlichkeiten behandelnden Zahnärzten und Hilfspersonen zur Verfügung gestellt sowie für Fakturierung und Inkasso verwendet.

Bei Zahlungsverzug und anderen Rechtsstreitigkeiten werden die dafür notwendigen Daten den zuständigen Behörden (z.B. Betreibungsämter, Gerichte) und Partnerfirmen (z.B. Versicherungen, Inkassofirmen) zugestellt.

Die Bonität des Patienten wird bei einer Wirtschaftsauskunft geprüft (zurzeit: HIN). Bei negativem Resultat wird Barzahlung verlangt.

Nicht eingehaltene Termine werden verrechnet, sofern sie nicht 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.

Datum :

Unterschrift :