

Anmeldung

Herr Frau

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand _____

Nationalität _____

Bei Kindern: Gesetzlicher Vertreter _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

Telefon Privat _____

Telefon Geschäft / Natel _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Empfohlen von _____

Grund der Konsultation _____

Spezieller Wunsch _____

Kostenträger

Patient (Selbstzahler)

Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen

Krankenkasse

Sozialhilfeempfänger

Asylhilfeempfänger

bitte zutreffendes ankreuzen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Dr. med. dent. Malte Schulz
Fachzahnarzt für Oralchirurgie SSO/SSOS

Dr. med. dent. Michèle Schulz-Katterbach
Eidg. Dipl. Zahnärztin SSO

Zahnärzte

im Gemeindezentrum
8954 Geroldswil

Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäss und vollständig. Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Erklärung betreffend Datenschutz und Befreiung von der beruflichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle von Anspruch auf Sozialhilfe meine Daten an Sozialdienste /- ämter und entsprechende Personen weitergegeben werden.