



ANMELDUNG

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und wahrheitsgemäss aus.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Arztgeheimnis.

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

Kostenträger

Selbstzahler

Unfallversicherung

EL (Ergänzungsleistungen)*

Sozialhilfeempfänger*

Asylhilfeempfänger*

Zutreffendes
bitte ankreuzen.

*Kontakt:

Datenschutz

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

Fotodokumentation

Mir ist bewusst, dass die meisten Behandlungen aus Qualitätssicherungsgründen fotografisch dokumentiert werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Verwendung der Bilder für fachliche Zwecke einverstanden bin.

Datum

Unterschrift



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und wahrheitsgemäss aus.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Arztgeheimnis.

Hausarzt _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder waren Sie vor kurzem im Spital? Wenn ja, warum?

ja nein

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

ja nein

Hatten Sie eine allergische Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?

ja nein

Haben Sie einen ärztlichen Ausweis? Wenn ja, wofür?

ja nein

Bluten Sie lange bei Verletzungen?

ja nein

Hatten Sie einen Unfall im Kiefer-Gesichtsbereich oder wurden Sie in dieser Region operiert oder bestrahlt?

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

ja nein

Allergien _____

ja nein

Asthma oder Heuschnupfen

ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit); wenn ja: Typ 1 oder Typ 2

ja nein

Epilepsie

ja nein

Gelenksbeschwerden

ja nein

Osteoporose Medikamente ja nein Tabletten Infusionen

ja nein

Hautausschläge

ja nein

Herzerkrankungen

ja nein

Hoher oder niedriger Blutdruck

ja nein

Hepatitis A B C

Tuberkulose / HIV / AIDS

Sonstige _____

ja nein

Häufiges Erbrechen

ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel und seit wann? _____

ja nein

Konsumieren Sie leichte oder harte Drogen? _____

Für Frauen

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

Nehmen Sie die Antibabypille?

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie das Praxispersonal der Zahnärzte Geroldswil, Dr. Schulz und Partner Einsicht in meine medizinische Daten (Krankengeschichte, Röntgenbilder, Fotos, etc.) nehmen können. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten an die rechnungsstellenden und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen und Personen sowie an die staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, Gerichte) weiterzuleiten.

Datum

Unterschrift