

## 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 \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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, wenn Ja welche? \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_