

AUFNAHMEFORMULAR

Erwachsene

Name Vorname

Geburtsdatum männlich weiblich

Adresse PLZ Ort

Tel P Mobile Tel G

E-Mail Beruf /Arbeitgeber

Ihr Zahnarzt Wann war die letzte Karieskontrolle?

Durch wen wurden Sie an uns überwiesen?

Waren Sie schon einmal wegen Zahnstellungsfehlern in Behandlung? Nein Ja

Falls ja, bei wem? Wann?

Krankenkasse Versichertennummer

Sind Sie Fürsorge- oder Sozialhilfeempfänger? Nein Ja

Haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/UV? Nein Ja

GESUNDHEITZUSTAND

Name und Adresse Ihres Hausarztes

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

Falls ja, warum?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Nein Ja, welche?

Hatten Sie je eine schwere Erkrankung? Nein Ja, welche?

Waren Sie je in Spitalbehandlung? Nein Ja, warum?

Hatten Sie je eine Verletzung an Gesicht,
Mund oder Zähnen? Nein Ja, welche?

Leiden oder litten Sie unter:

- Allergien Rheuma Gelbsucht, Hepatitis B HIV, Aids Blutgerinnungsprobleme Asthma
- Diabetes Epilepsie/Krämpfe Herzerkrankung Medikamenten-Unverträglichkeit
- Sonstiges
- Nichts zutreffend

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis. Der/Die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass Drittpersonen mit Aufgaben im Zusammenhang mit Rechnungsstellung / Buchhaltung / Zahlswesen betraut werden dürfen und dass die entsprechende Korrespondenz digital via E-Mail geführt werden darf.

Datum Unterschrift