

Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Geb. Datum: _____ E-Mail: _____
 Tel. Nr. Privat: _____ Tel. Nr. Geschäft: _____
 Natel: _____ Beruf: _____

Bei Unfall / Adresse der Versicherung: _____ Krankenkasse: (gerne scannen wir dazu Ihre Krankenkassenkarte)
 (Bei Kindern & Personen mit einem Beschäftigungsgrad weniger als 20 % ist dies die Krankenkasse)

Erhalten Sie von der AHV / IV / Sozialamt Unterstützung? _____

Hausarzt (Name und Adresse) _____

gegebenenfalls Privatzahnarzt (Name und Adresse) _____

Wie sind Sie auf unsere Telefonnummer 044 262 11 11 gekommen? _____

Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich einverstanden, dass die an der Theaterstrasse 14 arbeitenden Zahnärzte (siehe oben) und deren Personaltechniker und deren Personal, sowie die Betreuer der Computersoft- und hardware und alle in diesem Sinne in Zukunft tätigen Personen Einsicht in meine medizinischen Daten (Krankengeschichte, Röntgenbilder, Fotos, Abrechnungsdaten) nehmen können. Mit der in Kenntnissetzung meines Zahnarztes, meines Arztes und meiner Versicherung bin ich einverstanden. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bellevue Zahnärzte AG ist Partner der swiss smile Gruppe. Entsprechend nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich einverstanden, dass meine medizinischen Daten auch zentral bei swiss smile Schweiz AG verwaltet sowie von den Zahnärzten und Hilfspersonen der swiss smile Gruppe, eingesehen werden können.

Gesundheitsfragebogen:

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz anzuwenden, benötigen wir folgende Angaben:

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten drei Wochen im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie jemals Infektionskrankheiten? (Tuberkulose, HIV, Hepatitis A, B oder C u. ä.) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herz- oder Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien, ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente oder Spritzen? Wenn ja, auf welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars – auch für zukünftige Behandlungen – durch die Bellevue Zahnärzte AG oder Zahnärztekasse AG erfolgt. Zu diesem Zweck darf der Zahnarzt die jeweils erforderlichen Daten (insbesondere Namen, Geburtsdatum, Leitungspositionen, Beträge, etc.) verwenden.

Datum: _____

Unterschrift: _____