



ANMELDUNG

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Natel Nr.: _____ Telefon Privat/Geschäft: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Kindern: Vorname Mutter/Vater: _____ Beruf Mutter/ Vater: _____

Empfohlen durch: _____

Hausarzt, behandelnder Arzt: _____

Telefon, Ort: _____

Kostenträger:

Ich selbst Zahnversicherung Unfallversicherung Krankenkasse Sozialamt Ergänzungsleistung (EL) andere

Genauere Angaben (Name des Kostenträgers): _____

Ich willige ein, meine Daten an die von mir genannten Institutionen (z.B. Versicherungen) und Ärzte zwecks Buchführung/Abklärungen weiterzuleiten.

Entbindung/ Zahlungsauftrag bei Beiträgen vom Amt für Sozialbeiträge oder einem anderen Amt

Hiermit entbinde ich das Amt von der Schweigepflicht gegenüber meinem Zahnarzt, Dr. med. dent. Thomas Siegenthaler und beantrage, dass das Amt die gesamte Korrespondenz in Zusammenhang mit meiner Zahnbehandlung in Kopie an ihn sendet (insbesondere die Information über die Kostenbeteiligung des Amtes). Ich beauftrage hiermit unwiderruflich das entsprechende Amt, das Honorar für die zahnärztliche Behandlung von Dr. med. dent. Thomas Siegenthaler, direkt an ihn zu bezahlen, sofern die Rechnung in Ordnung ist und die Behandlung einwandfrei durchgeführt werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Grund der Konsultation: _____

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir im Folgenden einige Angaben über Ihre Gesundheit. Alle Angaben unterstehen dem **Arztgeheimnis**.

- Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital oder in ambulanter ärztlicher Behandlung? O Ja O Nein
Wenn ja, warum? _____
- Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (Antikoagulation) oder neigen Sie zu Blutungen (Hämophilie) / Blutarmut (Anämie)? O Ja O Nein
- Werden /wurden Sie mit Bisphosphonaten (z.B. Fosamax, Bonviva, Zometa, Aclasta...) therapiert? O Ja O Nein
Falls ja, wieso und in welcher Form? _____
- Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler? O Ja O Nein
- Haben Sie künstliche Herzklappen, Herzschrittmacher oder Gelenkprothesen? O Ja O Nein
- Haben/hatten Sie jemals eine Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? O Ja O Nein
- Ist Ihr Blutdruck erhöht / erniedrigt? O Ja O Nein
- Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie, etc.) auf
Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien, Antibiotika, Latex etc.? O Ja O Nein
- Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:
 - Asthma oder Lungenbeschwerden O Ja O Nein
 - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus): (Wert: _____) O Ja O Nein
 - Epileptische Anfälle O Ja O Nein
 - Nierenerkrankungen, -Insuffizienz O Ja O Nein
 - Magen- oder Darmgeschwüre O Ja O Nein
 - Rheumatische Erkrankungen, Gelenkschwellungen O Ja O Nein
 - Herz- oder Kreislaufkrankungen (Angina pectoris...) O Ja O Nein
 - Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten O Ja O Nein
- Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer- Hals- Gesichtsbereich bestrahlt? O Ja O Nein
- Hatten Sie jemals Gelbsucht, Leberentzündung (Hepatitis A, B, C) oder eine andere Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose, etc.)? O Ja O Nein
- Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____ O Ja O Nein
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag (seit ____ Jahren)? _____ O Ja O Nein
- Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

Wie möchten Sie an den nächsten Termin erinnert werden? Brief SMS Email Telefon

Die behandelte Person verpflichtet sich zur Bezahlung der Rechnung und zum Ersatz der Spesen und Auslagen. Für den Fall, dass die Durchsetzung der Rechnungsforderung auf dem Betreibungswege und/oder gerichtlich zu erfolgen hat, wird der Zahnarzt vom Patienten bereits im Voraus vom Amtsgeheimnis entbunden. Diese Erklärung gilt auch bei Eintritt der Handlungsunfähigkeit und über den Tod der behandelten Person hinaus.

Datum: _____ Unterschrift: _____