

ANMELDUNG FÜR DIE **KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG**

Wir bitten Sie, dieses Formular möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

männlich weiblich

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Geburtsdatum Beruf

Telefon Privat Telefon Geschäft

Telefon Handy Fax

E-Mail

Name und Vorname Eltern/gesetzlicher Vertreter

Privatzahnarzt

Allgemeine Fragen

Beziehen Sie Zusatzleistungen (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation usw.)? ja nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt (Name und Ort)

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

Spielen Sie ein Blasinstrument? ja nein

Wenn ja, welches?

Hatten Sie jemals einen Zahnunfall oder einen Schlag auf die Zähne erhalten? ja nein

Hatten Sie besondere Gewohnheiten wie Nuggilutschen, Fingerlutschen, Lippenbeissen oder Fingernägelkauen? ja nein

Waren Sie oder sind Sie in logopädischer Behandlung (Sprachheiltherapie)? ja nein



Medizinische Fragen

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so bitten wir Sie, uns bei Ihrer nächsten Behandlung zu informieren. Vielen Dank.

Haben Sie angeborene, erworbene Herzfehler oder sonstige Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Osteoporose?	.....
Besteht eine Neigung zu langem Bluten (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung?	.....
Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....
Ist bei Ihnen schon einmal ein Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht o.ä.) während einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reagieren Sie überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie an HIV/AIDS erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie an Gelbsucht (Hepatitis) erkrankt? Wenn ja, welcher Typ Hepatitis? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde die Erkrankung festgestellt?	.....
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Epilepsie, Krampfanfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche und seit wann?	.....
Haben Sie häufig Ohrschmerzen oder Halsweh?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Rheumatismus oder an anderen Autoimmunerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnregulierung durchgeführt oder begonnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Ihnen die Gaumen- oder Rachenmandeln entfernt oder die Entfernung empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	.....
Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....
Wurden Sie gegen Starrkrampf (Tetanus) geimpft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	.....
An Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datenschutz: Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an unseren Inkassopartner InkassoMed AG sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Mein Leistungserbringer ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Überdies bin ich damit einverstanden, dass der/die Behandelnde meine Krankenakte auch in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Dritte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen.

Inkasso Bearbeitungsgebühr: (frühestens ab Tag 80 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: 50 (bis 20); 70 (bis 50); 100 (bis 100); 120 (bis 150); 149 (bis 250); 195 (bis 500); 308 (bis 1'500); 448 (bis 3'000); 1'100 (bis 10'000); 1'510 (bis 20'000); 2'658 (bis 50'000); 6% der Forderung (ab 50'000).

Datum Unterschrift

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters