

ANMELDUNG FÜR DIE KINDERZAHNMEDIZIN

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

männlich weiblich

Familienname des Kindes

Vorname des Kindes

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum des Kindes

Familienname der Mutter

Vorname der Mutter

Familienname des Vaters

Vorname des Vaters

Telefon Privat (Eltern)

Telefon Geschäft (Eltern)

Telefon Handy (Eltern)

E-Mail (Eltern)

Privatzahnarzt

Allgemeine Fragen

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

ja

nein

Medizinische Fragen

Änderungen des Gesundheitszustandes sind dem behandelnden Arzt jeweils mitzuteilen.

Kinderarzt, Name und Ort:

Hat Ihr Kind angeborene Krankheiten?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt?

ja

nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche und wie häufig?



| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leidet Ihr Kind an einem Herzfehler oder sonstigen Herzerkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, auf welche? | | |
| Hat Ihr Kind einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet Ihr Kind an Asthma oder Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht bei Ihrem Kind eine Neigung zu langem Bluten (Hämophilie)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? | | |
| Hatte Ihr Kind schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihr Kind an HIV/AIDS erkrankt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihr Kind 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? | | |
| Leidet Ihr Kind an einer Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet Ihr Kind an Epilepsie, Krampfanfällen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte Ihr Kind schon einmal eine Tumorerkrankung (Krebs, Leukämie)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche/wann? | | |
| Hat Ihr Kind häufig Ohrschmerzen oder Halsweh? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet Ihr Kind an Rheumatismus oder an anderen Autoimmunerkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Ihrem Kind die Gaumen- oder Rachenmandeln entfernt oder die Entfernung empfohlen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann? | | |
| Bestehen bei Ihrem Kind andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |

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 des gesetzlichen Vertreters