

Anmeldung

1. Persönliche Angaben

 Herr

 Frau

 Kind

 Name, Vorname

 Bei Kindern Elternteil, bei unmündigen Personen Vertreter

 Geburtsdatum

 Geburtsdatum

 Strasse/Hausnummer

 Strasse/Hausnummer

 Wohnort

 Wohnort

 Telefon (Privat)

 Telefon (Privat)

 Telefon (Geschäft)

 Telefon (Geschäft)

 Mobil

 Mobil

 E-Mail

 E-Mail

 Krankenversicherung

 Zahnzusatzversicherung

 ja

 nein

 Beruf, Arbeitgeber

 Hauszahnarzt, Adresse

 Hausarzt, Adresse, weitere behandelnde Ärzte

Sehr geehrter Patient

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet in der Regel nur geringe Wartezeiten. Beachten Sie bitte, dass Sie einen vereinbarten Termin, falls Sie diesen nicht einhalten können, spätestens **24 Stunden vorher absagen** müssen. Andernfalls müssen wir Ihnen die vorgesehene Arbeitszeit in Rechnung stellen, sofern wir keinen Ersatz finden. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach Absprache. Zahnersatz muss in der Regel bei Eingliederung bezahlt werden und steht bis zur vollständigen Bezahlung unter Eigentumsvorbehalt. Bei umfangreichen Arbeiten erfolgt eine Rechnungsstellung entsprechend dem Fortgang der Arbeiten und eine Anzahlung ist obligat. Wünschen Sie eine Teilzahlung, teilen Sie uns dies bitte vorrangig mit.

2. Allgemeine Angaben

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

 Kontrolle

 Zahnschmerzen

 Fehlende Zähne

 Implantate

 Zahnfleischprobleme (z. B. Bluten)

 Problem mit Zahnersatz

 Kiefergelenksbeschwerden

 Zweite Meinung

 Anderer Grund: _____

3. Angaben zum Gesundheitszustand

- Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
- Haben Sie Allergien? Welche _____ ja nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder Mundgeruch? ja nein
- Sind Sie Raucher oder Nichtraucher

4. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Asthma oder Rheuma ja nein
- Hoher oder niedriger Blutdruck ja nein
- Herzerkrankung/Herzinfarkt/Angina pectoris ja nein
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose) ja nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
- Osteoporose oder andere Knochenerkrankungen ja nein
- Erkrankungen im Bereich der Kiefergelenke ja nein
- Störungen und Erkrankungen des Immunsystems (z. B. HIV) ja nein
- Blutgerinnungsstörungen (z. B. Marcumartherapie, Hämophilie) ja nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt und wo? _____

Wann und wo war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen? Sonstige Angaben zum Gesundheitszustand _____

5. Wie sind Sie zu uns gekommen?

Empfehlung durch Familie oder Freunde, über andere Patienten, Telefonbuch, Homepage, Anzeige, Zeitungsartikel, www.zahnarztvergleich.ch, Google

6. Sonstiges

Ich entbinde hiermit mich behandelnde Ärzte von der **Schweigepflicht** gegenüber den behandelnden Medizinern der Zahnärzte Zentrum Lachen AG. Dies gilt, soweit Auskünfte für den Fortgang der Zahn- und Kieferbehandlung nötig werden. Die Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für etwaige später behandelnde Mediziner. Sie gilt so lange wie die Behandlung andauert, oder Routinekontrollen im Recall stattfinden müssen.

Der Zahnärzte Zentrum Lachen AG steht ein nach Zeitaufwand abzurechnender Aufwendungsersatzanspruch im Zusammenhang mit der Herausgabe, Vervielfältigung, Übersendung der Behandlungsunterlagen, sowie Abgabe von Erläuterungen gegenüber Versicherung, der Abgabe von zahnärztlichen Stellungnahmen - auch im Zusammenhang mit einem gerichtlichen Verfahren (auch zur Unterstützung der Forderungsabwehr) gemäss **Zahnarzt-Tarif-Position Nr. 4025** oder entsprechenden anderen Positionen eines Nachfolger tariffs zu. Als Taxpunktwert für diese Leistungen gilt der jeweilige **SUVA-Tarif** (derzeit **1 TP = CHF 3.1**) als vereinbart.

Lachen, den _____ Unterschrift Patient/Vertreter _____

Um Ihre Wartezeit bei uns zu verkürzen, bringen Sie den Anmeldebogen ausgefüllt bei Ihrem ersten Termin mit.