



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir begrüßen Sie ganz herzlich bei Medicus Dental, Ihrer Praxis am Schaffhauserplatz, und möchten Ihnen versichern, dass Sie hier in besten Händen sind. Bevor wir uns aber über den eigentlichen Grund Ihres Besuches unterhalten, möchten wir Sie ein bisschen besser kennenlernen. Dazu benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Denn nur so können wir Ihre adäquate und risikofreie Behandlung gewährleisten. Alle gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

## ANMELDEFORMULAR

## PAT. NR. ....

Name .....

Vorname .....

Strasse, Nr. ....

PLZ, Wohnort .....

Geb. Datum .....

E-Mail .....

Tel. Nr. Privat .....

Tel. Nr. Geschäft .....

Natel .....

Beruf .....

Bei Unfall / Adresse der Versicherung: Krankenkasse

Krankenkasse

(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 uns aufmerksam geworden? .....

Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich einverstanden, dass die bei Medicus Dental arbeitenden Zahnärzte 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. Ich bin damit einverstanden, dass Medicus Dental Dr. Andreas Burkhardt, Weinbergstrasse 161, CH-8006 Zürich, meine Patientendokumentation verwaltet.

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Eine große Anzahl von Erkrankungen beeinflussen die Mundgesundheit und die damit verbundene zahnärztliche Behandlung. Ihre Angaben geben uns wichtige Informationen die Ihrer Sicherheit dienen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	Ja	Nein
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		



	Ja	Nein
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie jemals Infektionskrankheiten? (Tuberkulose, HIV, Hepatitis A, B oder C u. ä.) Wenn ja, welche? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz- oder Kreislauferkrankungen (z. B. Endokarditis/Angina pectoris usw.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutkrankheiten (erhöhte Blutungsneigung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien, ungewöhnliche Reaktion? Wenn ja, auf welche? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemprobleme oder Lungenerkrankung (Asthma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma oder Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer anderen, hier nicht aufgeführten, (ernsthaften) Erkrankung? Wenn ja, welche? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Raucher/in?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Atem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenksprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden (Stellung/Farbe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir sehen uns in der Pflicht, Sie individuell an Ihren Dentalhygiene Termin zu erinnern. Noch eine Bitte: Wir möchten Sie nicht warten lassen – und vereinbaren immer genaue Termine mit Ihnen. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholtem Versäumen der Termine erlauben wir uns, ein Ausfallhonorar zu berechnen.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift