

Zahnarztpraxis für Orale Implantologie und Rekonstruktive Zahnmedizin AG
PD Dr. med. Monika Laass / Dr. med. dent. Andrea Laass
Universitätstr. 102, CH- 8006 Zürich
Tel. 044 363 14 40 www.zhdent.ch

Herr Frau Kind

Name / Titel: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.priv.: _____ Tel.Geschäft: _____

Natel: _____ Geb.Datum: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

AHV-Nr: _____

(Angabe nicht zwingend. Die AHV-Nummer wird erst in einem Versicherungsfall oder beim Bezug von Sozial- und/oder Ergänzungsleistungen benötigt)

Hausarzt, behandelnder Arzt: _____

Bei Minderjährigen Name/Adresse der Eltern:

zutreffendes bitte ankreuzen

Beziehen Sie Sozial- oder Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Waren Sie in den letzten Jahren im Spital
oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Bekommen Sie Medikamente gegen Osteoporose Ja Nein
Wenn ja, mittels Tabletten oder mittels Spritzen
Name des Medikaments _____ seit wann _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie jemals oder haben Sie:

- Schwierigkeiten mit langem Bluten? Ja Nein
- Herz- oder Kreislaufstörungen? Ja Nein
- Diabetes? Ja Nein
- Erkrankungen der Atemwege? Ja Nein
- Erkrankungen der Leber oder Niere? Ja Nein
- Infektionskrankheiten? Ja Nein
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Leiden Sie unter erhöhtem Brechreiz? Ja Nein
- Wünschen Sie bei Bedarf eine Lachgassedierung? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein

Wie wünschen Sie betreffend der Zustellung des Schriftverkehrs von uns kontaktiert zu werden?

- Zustellung der Rechnung per Post per Mail
- Zustellung der Kostenvoranschläge per Post per Mail
- Zustellung des DH-Recalls, Terminerinnerungen per Post per Mail
- übrige Schriftverkehr per Post per Mail

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die Rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete, medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. Erziehungsberechtigten: _____