



Zahnarztpraxis zur alten Waage AG

Dr. med. dent. Martin Wüest & Dr. med. dent. Dominik Rychen

Eidg. dipl. Zahnärzte SSO, Allgemeinzahnärzte SSO

Hauptstrasse 1
CH-4102 Binningen

Tel: 061 361 48 48
info@zahnarzt-altewaage.ch

ANMELDESCHEIN KINDER & JUGENDLICHE (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Patient/in

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Geb.datum:	Tel. Mobil:
Krankenkasse:	Email:

Gesetzliche Vertretung

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Tel. Privat:	Tel. Mobil:
Tel. Geschäft:	Email:

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen vom Amt für Sozialbeiträge (Ergänzungsleistungen) ?	JA	NEIN
Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen von der Sozialhilfe ?	JA	NEIN
Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen von einem anderen Amt ? Wenn ja, von welchem Amt ?	JA	NEIN

Schulzahnpflege		
Ich bin bei der Schulzahnpflege angemeldet.	JA	NEIN
Wenn ja, bei welcher?		

Der Gesundheitszustand ihres Kindes kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen ausführlich zu beantworten, damit wir den allgemeinen Gesundheitszustand bei der Planung und Durchführung zahnärztlicher Behandlungen mitberücksichtigen können.

Wird/wurde das Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt? Wenn ja, weshalb?	JA	NEIN
Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	JA	NEIN

Bitte wenden!

Hat oder hatte Ihr Kind		
Allergien	JA	NEIN
Infektionen	JA	NEIN
Erkrankungen	JA	NEIN
Wenn ja, welche:		

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde der Krankengeschichte meines Kindes inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen oder den Krankenversicherungen, die wiederum der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen, auf meinen Wunsch mitgeteilt oder auf Auftrag zugestellt werden können.

Die gesetzlichen Vertreter sind zur Bezahlung der Rechnung und zum Ersatz der Spesen und Auslagen, zuzüglich Mehrwertsteuer verpflichtet. Für den Fall, dass die Durchsetzung der Rechnungsforderung auf dem Betreibungswege und/oder gerichtlich zu erfolgen hat, wird der Zahnarzt von der Patientin resp. dem Patienten/von der gesetzlichen Vertretung bereits im Voraus vom Arztgeheimnis entbunden. Diese Erklärung gilt auch bei Eintritt der Handlungsunfähigkeit und über den Tod der behandelten Person hinaus.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin/meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Zudem nehme ich zur Kenntnis, dass ich das Kind im Verhinderungsfalle bis zu 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abmelden muss. Bei unentschuldigtem Nichterscheinen wird eine Umtriebs-Pauschale erhoben.

Binningen, den _____

Unterschrift: _____