



## 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 (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Tel. Mobil:	Email:
Geburtsdatum:	Beruf:
Zivilstand:	Hausarzt:
Gesetzlicher Vertreter / Vormund:	Empfohlen von:

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 <b>Amt für Sozialbeiträge (Ergänzungsleistungen)?</b>	JA	NEIN
Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen von der <b>Sozialhilfe?</b>	JA	NEIN
Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen von einem anderen Amt? <b>Amt:</b>	JA	NEIN

Haben Sie eine der obigen Fragen mit **Ja** beantwortet, muss z.H. des entsprechenden Amtes noch ein **weiteres Formular** ausgefüllt werden.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen ausführlich zu beantworten, damit wir Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bei der Planung und Durchführung Ihrer zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Wenn ja, wegen welcher Krankheiten?	JA	NEIN
Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	JA	NEIN
<b>Haben oder hatten Sie...</b>		
Herz-Kreislaufkrankungen? (Bluthochdruck/Herzinfarkt/Schlaganfall/Herzklappenprobleme/Herzschrittmacher usw.)	JA	NEIN
Antikoagulation/blutverdünnende Medikamente/Schwierigkeiten mit langem Bluten?	JA	NEIN
Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente/Allergien? (Allergiepass)	JA	NEIN
Asthma oder Heuschnupfen?	JA	NEIN
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	JA	NEIN
Rheuma- oder Gelenkbeschwerden?	JA	NEIN
Nieren- oder Lebererkrankung?	JA	NEIN
Magen- oder Darmgeschwüre?	JA	NEIN
Gelbsucht (Hepatitis)? Welcher Typ?	JA	NEIN
Tumorerkrankung?	JA	NEIN

Bestrahlung und/oder Chemotherapie?	JA	NEIN
Epilepsie (Krampfanfälle)?	JA	NEIN
Osteoporose? Bisphosphonat-Therapie?	JA	NEIN
Sind Sie HIV-positiv?	JA	NEIN
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	JA	NEIN

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte 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 behandelte Person verpflichtet sich zur Bezahlung der Rechnung und zum Ersatz der Spesen und Auslagen, zuzüglich Mehrwertsteuer. 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 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 @bluwin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

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

Binningen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_