

FLÜCKIGER ZAHNÄRZTE

Name	Vorname
Name und Vorname der Eltern	
Geburtsdatum	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Strasse	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
Natelnummer	Email
Hausarzt	Krankenkasse / Ort
<p>Patientenerklärung: Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, die Buchführung und das Inkasso notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Ebenso willige ich ein, dass mit Institutionen (Behörden / Versicherungen) und ärztlichen / zahnärztlichen Kollegen personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen. Auch bin ich mir bewusst, dass nicht rechtzeitig abgemeldete Termine verrechnet werden können. Termine müssen 48 Stunden vor dem geplanten Termin abgemeldet werden.</p>	
Datum	Unterschrift

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Was ist der Grund Ihrer Konsultation?

Fragen zu Ihrer Gesundheit			
	Ja	Nein	Bemerkungen
Hat ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?			
Nimmt ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, bitte den Namen und die Dosierung angeben			
Hat ihr Kind andere Krankheiten? Wenn ja, welche?			
Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung? Sozialamt / Ergänzungsleistung / IV			

Kennen Sie schon unseren Kinder - Workshop?

