



Anmeldung

Zahnmedizinisches Zentrum Zürich Nord
Herzogenmühlestrasse 14
8051 Zürich
Telefon 044 325 15 05
Fax 044 325 15 07
info@zzzn.ch
www.zzzn.ch

Herr | Frau

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum

Zivilstand

Nationalität

Bei Kindern:
Gesetzlicher Vertreter

Strasse

PLZ | Ort

Telefon privat

Telefon mobil

Telefon Geschäft

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Empfohlen von

Grund der Konsultation

Spezieller Wunsch

Kostenträger

- Patient (Selbstzahler)
 SUVA (Unfall)
 Zusatzversicherung
für Zahnbehandlung

Krankenkasse:

- Sozialhilfeempfänger
 Asylhilfeempfänger

Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte auch den **Gesundheitsfragebogen**
auf der Rückseite ausfüllen. Alle Angaben
unterstehen dem **Arztgeheimnis**.

Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu.

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Strasse

PLZ | Ort

JA NEIN Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
- Rauchen Sie?
- Mehr als sieben Zigaretten pro Tag?
- Waren Sie in den letzten fünf Jahren im Spital oder hatten Sie einen Unfall?
Warum?

- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?
Welche?

- Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder Stoffe?
Welche?

- Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?
- Ist Ihr Blutdruck erhöht?
- Bluten Sie lange bei Verletzungen?
- Hatten Sie jemals
- eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
- Asthma oder Heuschnupfen?
- Epileptische Anfälle?
- Herz- oder Kreislaufstörungen?
- Rheuma und/oder Gelenkschwellungen?
- Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- Hatten oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (TB, HIV etc.)?
Welche?

- Fühlen Sie sich zur Zeit vollständig gesund?
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Erklärung betreffend Datenschutz und Befreiung von der beruflichen Schweigepflicht

Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnärzte und Zahnärztinnen, die Dentalhygienikerinnen, die Geschäftsleitung sowie das Betriebspersonal des Zahnmedizinischen Zentrums Zürich Nord Einsicht in meine medizinischen Daten (Krankengeschichte, Röntgenbilder, Fotos etc.) nehmen können.

Ich ermächtige überdies die mich behandelnden Personen, medizinische Akten zur Einsicht anzufordern, wenn dies für die zahnärztliche und/oder dentalhygienische Behandlung von Nutzen ist.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen und Personen sowie an die staatlichen Instanzen (Betriebsamt, Friedensrichteramt, Gerichte) weiterzuleiten.

Datum

Unterschrift Patient | Patientin
