FRAGEBOGEN | GESUNDHEIT & ADMINISTRATIVES

Bitte Fragebogen vor Erstbesuch ausfüllen, unterschreiben und mitbringen. Oder elektronisch ausfüllen an gesundheit@zahnarzt-hofstetter.ch senden. – VIELEN DANK.

Zahnarztpraxis
FLAVIO HOFSTETTER

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Mobile-Nr. _____

Tel. privat _____ Tel. Geschäft _____

E-Mail* _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____ Arzt _____

AHV-Nummer ☐☐☐.☐☐☐☐.☐☐☐☐.☐☐ Krankenkasse _____

Empfohlen durch _____

**Rechnungen der Zahnarztpraxis werden an die angegebene E-Mail-Adresse zugestellt.*

☐ **Selbstzahler/in** ☐ **Abrechnung über Ausgleichskasse, IV, Sozialamt**

☐ **Zahnzusatzversicherung.** Name der Versicherung: _____

Ja	Nein	*(bitte Zutreffendes ankreuzen)*
☐	☐	Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
☐	☐	Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?
☐	☐	Waren Sie während den letzten 6 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche? _____
☐	☐	Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf Injektionen, Speisen oder Medikamente? Wenn ja, welche? _____
☐	☐	Leiden Sie unter Allergien, Asthma oder Heuschnupfen?
☐	☐	Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? _____
☐	☐	Leiden Sie an Herz- oder Kreislaufstörungen? _____
☐	☐	Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
☐	☐	Sind Sie Raucher/in?

Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.
Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse), als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____