

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Valentin Fercho

## Anmeldung

Name	Herr <input type="radio"/>	Frau <input type="radio"/>	Vorname
_____		_____	
Geburtsdatum.	_____	_____	gesetzliche Vertretung (Vater / Mutter)
_____			
Strasse:			
.....			
Postleitzahl.....	Wohnort .....		
Tel privat	mobil Nr.:		
	e-mail:		
Beruf			
_____			
Sind Sie Sozialhilfeempfänger? Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
Was führt Sie zu uns?			
.....			
Durch wen wurden Sie empfohlen?			
<b>Einverständniserklärung:</b>			
<p>Wir möchten gerne unsere gesamte Arbeitskraft Ihrem Anliegen und Ihrer Behandlung widmen. Aus diesem Grunde arbeiten wir mit einem Abrechnungsunternehmen zusammen. Die Zusammenarbeit mit diesem Unternehmen hat auch für Sie Vorteile: So ist es möglich – nach vorheriger Absprache und Einverständnis - auch bequeme Teilzahlungen auf Ihre Rechnungen einzuräumen.</p> <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars – auch für zukünftige Behandlungen – durch die Zahnärztekasse AG, Wädenswil, erfolgt. Zu diesem Zweck darf der Zahnarzt die erforderlichen Daten (insbesondere Namen, Geburtsdatum, Adresse, Behandlungsdatum, Leistungspositionen, Beträge, Befunde) an die Zahnärztekasse AG weitergeben und auch die betreffenden Honorarforderungen an sie abtreten. Die Zahnärztekasse ist ihrerseits berechtigt, zur Durchsetzung der abgetretenen Forderungen diese an die Debita AG, Wädenswil, oder an ein anderes Inkassounternehmen abzutreten und die erhaltenen Daten, soweit erforderlich, gegenüber dem Inkassounternehmen, Rechtsanwälten, Betreiberämtern und Gerichten zu verwenden bzw. zu offenbaren. Diese Erklärung gilt, bis ich schriftlich widerrufe.</p>			
Datum	Unterschrift		
_____	_____		
<b>Bitte den umseitigen Gesundheitsfragebogen ausfüllen:</b>			

# Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit vollständig und sorgfältig.

<b>leiden Sie unter:</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Kreislaufschwäche oder Ohnmachtsanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen Über- oder Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (z.B. grauer Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leiden Sie an Krampfanfällen, Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
könnte derzeit eine Schwangerschaft vorliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

leiden Sie an sonstigen Erkrankungen?  
.....

Besteht bei Ihnen eine Allergie auf  
Medikamente oder bestimmte Substanzen?  
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
.....

Namen und die Adresse Ihres Hausarztes  
.....  
.....

Datum

Unterschrift