



Zahnarzt Team Luzern

Dr. med. dent. Markus Schulte
Zahnarzt – Fachzahnarzt Oralchirurgie
Winkelriedstrasse 37
6003 Luzern – Tel. 041 210 58 58
www.ztlu.ch

Zahnarzt Team Luzern

Anmeldung zur Behandlung

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular sowie den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Ggf. Titel: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Handy: _____ E-Mail: _____ @ _____

Dürfen wir Ihnen Recallbriefe / Rechnungen / Offerten **per Email** senden? ja nein

Wünschen Sie eine **automatische Terminerinnerung** am Vortag? ja, per Email ja, per SMS nein

Ggf. gesetzlicher Vertreter / Korrespondenz Adresse: _____

Ggf. empfohlen / überwiesen durch: _____

Beziehen Sie Zusatzleistungen? (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation u.s.w.) ja nein

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen oder andere Zahnprobleme? ja nein

Leiden Sie unter Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? ja, sehr / immer mässig / gelegentlich nein, nie

Ist bei Ihnen schon einmal ein Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht o.ä.) ja nein

während einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten? ja nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt (Name und Ort) _____

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung oder Operation? _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ja nein

(wenn ja, im ____ Monat)? _____

Rauchen Sie ja nein

(wenn ja, ca. ____ Zigaretten / Tag)? _____

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Herz- / Kreislaufferkrankungen

Herzinfarkt (Wenn ja, wann ? _____) ja nein

Angina pectoris, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefässe ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz) oder andere Herzerkrankungen ja nein

Herzrhythmusstörungen ja nein

Herzklappenersatz ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Angeborene oder erworbene Herzfehler ja nein

Zu hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein

Knochenerkrankungen

Osteoporose ja nein

Wenn ja, welche Medikamente erhalten Sie ggf. gegen Osteoporose? _____

Bitte füllen Sie auch Seite 2 des Fragebogens aus.

Bluterkrankungen

Blutungsneigung ja nein

Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?

Wenn ja, welche? _____ ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff? ja nein

Allergien:

Reagieren Sie überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen ja nein

Infektionskrankheiten:

HIV / AIDS ja nein

Gelbsucht (Hepatitis) A / B / C ja nein

Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? _____

Sonstige Erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Wenn ja, spritzen Sie Insulin? ja nein

Epilepsie, Krampfanfälle ja nein

Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie) ja nein

Wenn ja, welche / wann? _____

Hatten Sie eine Strahlentherapie mit Bestrahlungen im Kopfbereich? ja nein

Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche _____

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so bitten wir Sie, dies uns bei Ihrer nächsten Behandlung mitzuteilen.

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlichen Eingriffen das Reaktionsvermögen im Strassenverkehr herabgesetzt sein kann. Nach Anwendung von Beruhigungsmitteln oder Lachgas sollten Sie mit einer Begleitperson heimkehren und keinesfalls selbst ein Fahrzeug lenken.

AGB bei Zahlungsverzug: Kommt der Patient seiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichtet er auf einen begründeten Einwand, so gerät er mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen (frühestens 80 Tage nach Rechnungsstellung). Der Patient trägt die Kosten des Zahlungsverzugs.

Bearbeitungsgebühren der Fa. InkassoMed: (frühestens ab Tag 80 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an InkassoMed) abhängig von Forderungshöhe in CHF: 37 (bis 19); 58 (bis 59); 145 (bis 399); 225 (bis 999); 285 (bis 1'999); 385 (bis 2'999); 575 (bis 4'999); 685 (bis 6'999); 825 (bis 9'999); 1'375 (bis 19'999); 2'600 (bis 49'999); 6% der Forderung (ab 50'000).

Datum:

Unterschrift:

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: