

Zahnarztpraxis Huber
Kieferorthopädie & Kinderzahnmedizin
med. dent. Thomas Huber
eidg. dipl. Zahnarzt SSO
Dürntnerstrasse 20
8340 Hinwil
Tel.: +41 (0)44 543 63 83
Fax.: +41 (0)44 554 77 37
info@zahnarztpraxis-huber.ch
www.zahnarztpraxis-huber.ch



Anmeldung und Anamnese für Kinder (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name Patient: _____
Vorname Patient: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ / Ortschaft: _____
Telefon Privat: _____
Telefon Geschäft (Eltern): _____
Telefon Mobile (Eltern): _____
Name und Vorname Mutter: _____
Name und Vorname Vater: _____
Nationalität: _____
Email: _____

(Wir schicken keine Werbung oder Newsletter)

	Ja	Nein
Besteht eine Zahnpflege- oder Zahnzusatzversicherung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versicherung:	_____	
AHV-Nr.:756.	_____	
Beziehen Sie Sozialhilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Name des Kinder- oder Hausarztes:	_____	

Ich bin **einverstanden**, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung).
Ich bin darüber **informiert**, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlichen-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.
Ich nehme zur **Kenntnis**, dass sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden medizinischen Auskünfte (Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte, Röntgen, Fotos, Kopien oder Ausdrucke) bei anderen Ärzten, Spitälern und Versicherungen einzuholen wie auch zu erteilen. 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 beauftragte Institution sowie an die staatlichen Instanzen (Versicherungen, Betreibungsamt, Sozialamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zahnarztpraxis Huber
 Kieferorthopädie & Kinderzahnmedizin
 med. dent. Thomas Huber
 eidg. dipl. Zahnarzt SSO
 Dürntnerstrasse 20
 8340 Hinwil
 Tel.: +41 (0)44 543 63 83
 Fax.: +41 (0)44 554 77 37
 info@zahnarztpraxis-huber.ch
 www.zahnarztpraxis-huber.ch



Name/Vorname/Geburtsdatum des Patienten: _____

Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand Kinder.

	Ja	Nein
War das Kind während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde das Kind schon einmal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nimmt das Kind zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind bei dem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Speisen, Medikamente, Injektionen oder Heftpflaster bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigt das Kind zu langen Blutungen oder nimmt es Blutverdünner (Antikoagulantien) ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidet das Kind an hohem oder niedrigem Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidet das Kind an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat das Kind künstliche Gelenke/Herzklappen oder transplantierte Organe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde das Kind im Gesichtsbereich je operiert oder bestrahlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatte das Kind je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidet oder litt das Kind je an folgenden Erkrankungen oder Behinderungen:		
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen der Atmungsorgane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epileptische Anfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/Darmprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautausschläge?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkbeschwerden, Rheumatismus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seelisches Leiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere:		
Fällt das Kind leicht in Ohnmacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbricht das Kind häufig? Probleme mit Brechreiz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht Verdacht auf vererbte Zahn- oder Kieferanomalien (Eltern, Verwandte)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atmet das Kind oft durch den Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat das Kind länger „gelutscht“ als drei Jahre (Daumen, Nuggi)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich ermächtige hiermit die Zahnarztpraxis Huber, sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden medizinischen Auskünfte bei anderen Ärzten, Spitälern und Versicherungen einzuholen wie auch zu erteilen. 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 beauftragte Institution sowie an die staatlichen Instanzen (Versicherungen, Betreibungsamt, Sozialamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____