

Zahnarztpraxis Huber
Kieferorthopädie & Kinderzahnmedizin
med. dent. Thomas Huber
eidg. dipl. Zahnarzt SSO
Bahnhofplatz 4a
8340 Hinwil
Tel.: +41 (0)44 543 63 83
info@zahnarztpraxis-huber.ch
www.zahnarztpraxis-huber.ch



ZAHNARZTPRAXIS HUBER
Kieferorthopädie & Kinderzahnmedizin

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: _____
Zivilstand: _____
Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater Beistand
Rechnung an: _____
E-Mail: _____

(Wir schicken keine Werbung oder Newsletter)

Besteht eine Zahnpflege- oder Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
Ihre Grundversicherung: _____
AHV-Nr.:756. _____
Beziehen Sie Sozialhilfe?
Name des Kinder- oder Hausarztes: _____

Ich bin **einverstanden**, dass mir/meinem Kind – falls notwendig – eine Lokalanästhesie verabreicht 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. Ebenfalls kann es sehr selten zu allergischen Reaktionen auf das Anästhetikum und dessen Zusatzstoffe geben.

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 die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Terminverschiebungen oder Absagen sind mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen, ansonsten werden sie als versäumte Sitzungen verrechnet.

Sind beide Eltern Inhaber der elterlichen Sorge, so dürfen gutgläubige Drittpersonen voraussetzen, dass jeder Elternteil im Einvernehmen mit dem Anderen handelt (Art. 304 Abs. 2 ZGB).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zahnarztpraxis Huber
 Kieferorthopädie & Kinderzahnmedizin
 med. dent. Thomas Huber
 eidg. dipl. Zahnarzt SSO
 Bahnhofplatz 4a
 8340 Hinwil
 Tel.: +41 (0)44 543 63 83
 info@zahnarztpraxis-huber.ch
 www.zahnarztpraxis-huber.ch



ZAHNARZTPRAXIS HUBER
 Kieferorthopädie & Kinderzahnmedizin

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"/>
Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/Darmprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautausschläge?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenksbeschwerden, 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, Spitalern 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: _____