

Anrede: Telefon:
 Name: E-Mail:
 Vorname: Beruf:
 Strasse & Nr.: Krankenkasse:
 PLZ, Ort: AHV-Nr.:
 Geburtsdatum: Hausarzt, Ort:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Bekannte Überweisung Reklameschild
 anderes: Google Facebook Instagram

Ich erhalte Unterstützung.
 Nein
 Ja: Ergänzungsleistungen
 Sozialhilfe

Ich wünsche mir Ihre
 Terminerinnerung per
 SMS
 E-Mail
 Telefon

Ich wünsche Rechnungen und
 Kostenvoranschläge per
 E-mail
 Briefpost

Ich war kürzlich oder bin aktuell in Ja, wegen:
 ärztlicher Behandlung. Nein
 Ich nehme regelmässig Ja, folgende:
 Medikamente ein. Nein
 Ich habe einen Ja: Endokarditisspass Allergiepäss Antikoagulationspass
 Gesundheitsausweis? Nein

Ich rauche ? Nein Ja: ca. Zigaretten pro Tag

Nur für Frauen: Ich bin schwanger

Ich habe oder hatte jemals:

<input type="checkbox"/> Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen
<input type="checkbox"/> Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> schweres Rheuma
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck			<input type="checkbox"/> Diabetes Typ
<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck			

Allergien auf:
 eine Augenkrankheit:
 eine andere ernsthafte Erkrankung:
 nichts davon.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte, inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopie oder Ausdrucke 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 Rechnungstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

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 zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr, für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Unsere Datenschutzerklärung ist einsehbar auf unserer Homepage sowie in unserem Wartezimmer.

Ich habe alles gelesen, verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet.

Basel, den Unterschrift: