zahnarzt
st.johann

Señor/a: ..... Teléfono: .....

Apellido: ..... E-Mail: .....

Nombre: ..... Profesión: .....

Calle, N°: ..... Seguro de enfermedad.....

CP, Ciudad: ..... No. AHV/AVS: .....

Fecha de nacimiento: ..... Médico de cabecera, ciudad:.....

¿Cómo nos ha conocido?
□ Recomendación □ Transferencia □ Instagram
□ otro: ..... □ Cartel de publicidad □ Google □ Facebook

Recibo apoyo
□ No
□ Sí: □ Prestaciones complementarias (EL)
□ Asistencia social

Me gustaría que me recordaran la cita por
□ mensaje de texto
□ correo electrónico
□ teléfono

Deseo recibir facturas y presupuestos por correo
□ electrónico
□ postal

Recientemente he estado o estoy en tratamiento médico.	□ Sí, por: □ No
Actualmente estoy tomando medicación.	□ Sí, los siguientes: □ No
Tengo un certificado de salud.	□ Sí: □ de endocarditis □ de alergia □ de anticoagulación □ No

Fumo. □ No □ Sí : aprox. cigarrillos al día

Sólo para mujeres: □ Estoy embarazada.

Tengo o tuve:

□ problemas cardíacos □ trastornos circulatorios □ hipertensión arterial □ tensión arterial baja	□ asma □ rinitis alérgica	□ hepatitis □ VIH	□ trastornos digestivos □ reumatismo severo □ diabetes tipo.....

□ alergia a:

□ una enfermedad ocular:

□ otra enfermedad grave:

□ nada de esto.

Doy mi acuerdo a que los datos o resultados de mi historial médico, incluidas las radiografías y fotografías, copias o impresiones de las mismas se intercambiarán con mis médicos o con otras personas sujetas al secreto médico, como compañías de seguros, etc., para aclaraciones o información necesarias, y que los datos necesarios a efectos de facturación, cobro de deudas y contabilidad se transmitirán a las instituciones correspondientes.

Acepto que, en caso necesario, se me administre anestesia local. Se me ha informado de que, en casos muy raros, pueden producirse irritaciones en la mandíbula inferior y en la lengua (entumecimiento persistente, hormigueo), que suelen volver a desaparecer. Soy consciente de que tras una intervención dental con anestesia local existe un mayor riesgo de accidentes durante unas horas.

Nuestra política de privacidad está a su disposición en nuestra página web y en nuestra sala de espera.

□ Leí, entendí y respondí a todo con sinceridad.

Basel,..... **Firma:** .....
(fecha)