

Anrede:
 Name:
 Vorname:
 Strasse & Nr.:
 PLZ, Ort:

Geburtsdatum:
 Telefon:
 E-Mail:
 Beruf:
 Krankenkasse:
 AHV-Nr.:
 Hausarzt, Ort:

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

Ich erhalte Unterstützung.
 Nein
 Ja: Ergänzungsleistungen
 Sozialhilfe

Ich wünsche mir Ihre
 Terminerinnerung per
 SMS
 E-Mail
 Telefon

**Wir versenden Rechnungen
 und Kostenvoranschläge
 per E-Mail.**
 Ich wünsche die
 Korrespondenz per Briefpost.

Ich war kürzlich oder bin aktuell in
 ärztlicher Behandlung. Ja, wegen: Nein
 Ich nehme regelmässig
 Medikamente ein. Ja, folgende: Nein
 Ich habe einen
 Gesundheitsausweis? Ja: Endokarditispass Allergiepasse Antikoagulationspass
 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien auf: | | | |
| <input type="checkbox"/> eine Augenkrankheit: | | | |
| <input type="checkbox"/> eine andere ernsthafte Erkrankung: | | | |
| <input type="checkbox"/> 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.

Wird ein Termin nicht mindestens 48 Stunden vorher (Montag-Freitag) abgesagt, können wir ein Ausfallhonorar für den eingetragenen Zeitbedarf in Rechnung stellen. Dieser beträgt mindestens CHF 30.-- pro 15 min oder alternativ eine Pauschale von CHF 100.- .

Zum Zwecke der Bonitäts- und Adressprüfung können Ihre Personendaten an die InkassoMed AG/Intrum AG weitergeleitet und dort gespeichert werden. Bei allfälligen Mahnungen unsererseits wird eine Mahngebühr von CHF 10.- auf der 1. Mahnung und CHF 20.- auf der zweiten Mahnung in Rechnung gestellt. Bei weiterem Zahlungsverzug entstehen durch die Übergabe an die InkassoMed AG/Intrum (frühestens nach der 2. schriftlichen Mahnung) weitere Bearbeitungskosten gemäss www.payfair.ch

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

Ich habe alles gelesen, verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet.

Basel, den

Unterschrift: