

Señor/a:

Apellido:

Nombre:

Calle, N°:

CP, Ciudad:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

E-Mail:

Profesión:

Seguro de enfermedad:

No. AHV/AVS:

Médico de cabecera, ciudad:

¿Cómo nos ha conocido?

otro:

- Recomendación Transferencia Instagram
 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

Enviamos facturas y presupuestos por correo electrónico.

- Deseo recibir correspondencia por correo postal.

Recientemente he estado o estoy en tratamiento médico. Sí, por: No

Actualmente estoy tomando medicación. Sí, lo siguiente: 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:

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> trastornos digestivos |
| <input type="checkbox"/> trastornos circulatorios | <input type="checkbox"/> rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> reumatismo severo |
| <input type="checkbox"/> hipertensión arterial | | | <input type="checkbox"/> diabetes tipo..... |
| <input type="checkbox"/> tensión arterial baja | | | |
| <input type="checkbox"/> alergia a: | | | |
| <input type="checkbox"/> una enfermedad ocular: | | | |
| <input type="checkbox"/> otra enfermedad grave: | | | |
| <input type="checkbox"/> 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.

Si no se cancela una cita con al menos 48 horas de antelación (de lunes a viernes), podemos cobrar una tasa de cancelación por el tiempo requerido. Se trata de un mínimo de 30 CHF por cada 15 minutos o, alternativamente, una tarifa plana de 100 CHF. Sus datos personales pueden ser transmitidos a InkassoMed AG/Intrum AG y almacenados allí con el fin de realizar comprobaciones de crédito y de dirección. En caso de recordatorio por nuestra parte, se cobrará una tasa recordatoria de 10 CHF en el primer recordatorio y de 20 CHF en el segundo. En caso de que se produzcan más retrasos en el pago, se incurrirá en más gastos de tramitación debido a la transferencia del caso a InkassoMed AG/Intrum (como muy pronto después del 2º recordatorio por escrito) de acuerdo con www.payfair.ch.

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)