

Titre:

Nom:

Prénom:

Rue, n°:

CP., Ville:

Date de naissance:

Téléphone:

E-Mail:

Profession:

Caisse maladie:

N° AVS:

Médecin de famille, ville:

Comment avez-vous entendu parler de nous?

autre:

Référencement médical

Connue

Instagram

Panneau publicitaire

Google

Facebook

Je bénéficie d'un soutien.

Non

Oui: Prestations complémet (EL)

Aide sociale

Je souhaite recevoir votre
rappel de rendez-vous par

SMS

E-mail

Téléphone

**Nous envoyons les factures et
les devis par e-mail.**

Je souhaite recevoir la
correspondance par poste.

J'ai été récemment ou je suis
actuellement sous traitement medical.

Oui, pour:

Non

Je prends régulièrement des
medicaments.

Oui, les suivants:

Non

J'ai une carte de santé.

Oui: carte d'endocardite carte d'allergie carte d'anticoagulation

Non

Je fume. Non Oui: env. cigarettes par jour

Seulement pour les femmes: Je suis enceinte.

J'ai ou j'ai eu:

des problèmes cardiaques

des troubles circulatoires

l' hypertension

l' hypotension

l' asthme

le rhume des foins

l' hépatite

VIH

l' indigestion

des rhumatismes sévères

un diabète de type

des allergies à:

une maladie oculaire:

une autre maladie grave:

rien de tout cela.

Je prends connaissance du fait que les données ou les résultats de mes antécédents médicaux y compris les radiographies, les photos ainsi que leurs copies ou leurs imprimés pourront être échangés avec mon médecin traitant ou d'autres personnes soumises au secret médical telles que les assurances etc. Je également prends note que les données nécessaires à la facturation, à l'encaissement et à la comptabilité pourront être transmises aux institutions concernées.

Je suis d'accord, qu'une anesthésie locale me soit si nécessaire administrée. Je me rends compte que, dans de très rares cas, qu'à la suite d'une anesthésie locale des irritations au niveau de la mâchoire inférieure ainsi qu'à la langue (engourdissement persistant, fourmillement) peuvent survenir et que ceux-ci disparaissent en règle générale. J'ai pris connaissance, en tant que participant(e) à la circulation routière que le risque d'accident est accru durant plusieurs heures après une intervention chirurgicale dentaire sous anesthésie locale.

Si un rendez-vous n'est pas annulé au moins 48 heures à l'avance (du lundi au vendredi), nous pouvons facturer des honoraires d'annulation pour le temps nécessaire inscrit. Celui-ci s'élève au minimum à 30.- CHF par 15 min ou, ou bien, à un forfait de 100.- CHF. À des fins de vérification de la solvabilité et de l'adresse, vos données personnelles peuvent être transmises à InkassoMed AG/Intrum AG et y être enregistrées. En cas d'éventuels rappels de notre part, des frais de rappel de 10.- CHF sur le 1er rappel et de 20.- CHF sur le 2e rappel seront facturés. En cas de retard de paiement supplémentaire, la transmission à InkassoMed AG/Intrum (au plus tôt après le 2e rappel écrit) entraîne des frais de traitement supplémentaires conformément à www.payfair.ch.

Notre avis sur la protection des données peut être consulté sur notre site web et dans notre salle d'attente.

J'ai lu, compris et répondu à tout avec sincérité.

Basel,
(date)

Signature: