zahnarzt
st.johann

Titolo: .....
Cognome: .....
Nome: .....
Strada, n°: .....
CAP, Luogo: .....

Data di nascita: .....
Telefono: .....
E-Mail: .....
Professione: .....
Cassa malati: .....
N° AVS: .....
Medico di famiglia, luogo: .....

Come ha saputo di noi?
□ Raccomandazione □ Conoscenze □ Instagram
□ altro: ..... □ Cartello pubblicitario □ Facebook □ Google

Ricevo supporto
□ No
□ Sì: □ Prestazioni complementari (EL)
□ Assistenza sociale

Desidero che mi ricordiate l'appuntamento
□ Con sms
□ Via e-mail
□ Per telefono

Inviamo fatture e preventivi di spesa via e-mail.
□ Desidero ricevere la corrispondenza per posta.

Sono stato recentemente o sono attualmente in cura medica.	□ Sì, per: □ No
Attualmente assumo farmaci.	□ Sì, i seguenti: □ No
Ho una tessera sanitaria.	□ Sì: □ tessera di endocardite □ tessera di allergia □ tessera di anticoagulazione □ No

Fumo. □ No □ Sì: ca. sigarette al giorno

Solo per donne: □ Sono incinta.

Ho o ho avuto:

□ problemi cardiaci □ disturbi circolatori □ alta pressione sanguigna □ bassa pressione sanguigna	□ l' asma □ la febbre da fieno	□ l' epatite □ l' HIV	□ disturbi digestivi □ reumatismi gravi □ il diabete di tipo.....

□ una allergie a:

□ una malattia degli occhi:

□ un'altra grave malattia:

□ nulla di tutto questo.

Prendo atto che i dati o i risultati della mia anamnesi, comprese le radiografie e le foto, le copie o le stampe degli stessi saranno scambiati con il mio medico o con altre persone soggette al segreto medico, come le compagnie di assicurazione, ecc. per i chiarimenti o le informazioni necessarie, e che i dati necessari per la fatturazione, l'incasso e la contabilità saranno trasmessi alle istituzioni interessate.
Accetto che, se necessario, mi venga somministrato una anestesia locale. Sono stato informato che, in casi molto rari, possono verificarsi irritazioni nella mascella inferiore e sulla lingua (intorpidimento persistente, formicolio), che in genere scompaiono di nuovo. Sono consapevole che dopo un intervento odontoiatrico in anestesia locale esiste un rischio maggiore di incidenti per alcune ore.
Se un appuntamento non viene disdetto con almeno 48 ore di anticipo (dal lunedì al venerdì), possiamo addebitare una tassa di cancellazione per il tempo necessario. Si tratta di almeno 30 franchi svizzeri per 15 minuti o, in alternativa, di una tarifa fissa di 100 franchi svizzeri. I vostri dati personali possono essere trasmessi a InkassoMed AG/Intrum AG e memorizzati ai fini del controllo dei crediti e degli indirizzi. In caso di sollecito da parte nostra, verrà addebitato un costo di sollecito di 10 franchi svizzeri per il primo sollecito e di 20 franchi svizzeri per il secondo. In caso di ulteriori ritardi di pagamento, saranno sostenuti ulteriori costi di elaborazione a causa del trasferimento a InkassoMed AG/Intrum (non prima del secondo sollecito scritto) in conformità con www.payfair.ch
La nostra informativa sulla protezione dei dati può essere consultata sul nostro sito web e nella nostra sala d'attesa.

□ Ho letto, compreso e risposto a tutto con sincerità.

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