

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ Arbeitgeber: _____
 PLZ/ Ort: _____ Beruf: _____
 Empfohlen durch: _____ Tel. Privat: _____
 Hausarzt: _____ Tel. Geschäft: _____
 Krankenkasse: _____ Natel: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Private Zahnzusatzversicherungen decken nur zahnärztliche Positionen, welche nicht im Krankenversicherungsgesetz (KVG) aufgeführt sind. Positionen welche im KVG aufgeführt sind werden mit Ihrer Krankenkassen-Jahresfranchise verrechnet.

- | Ja | Nein | | Allfällige Bemerkungen: |
|-----------------------|-----------------------|---|-------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Beziehen Sie IV / EL / Sozial Leistungen? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? Wenn ja wieviel pro Tag? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Wenn ja, welche? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Haben Sie in den letzten Wochen Gerinnungshemmer eingenommen? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen, Speisen oder Medikamente? | _____ |
| | | Haben oder hatten Sie jemals: | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Schwierigkeiten mit langem Bluten? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Herz- oder Kreislaufstörungen? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -zu hohen Blutdruck? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Blutkrankheiten? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Zuckerkrankheit? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Magen- oder Duodenulkus? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -schweres Rheuma? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Virus- Hepatitis? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -eine andere ernsthafte Erkrankung? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | -Sind Sie HIV-Positiv (AIDS)? | _____ |

Patientenerklärung:

Hiermit bestätige ich, oben genannte Fragen betreffend meines jetzigen Gesundheitszustandes vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich erteile Herr Dr. med. dent. M. Braguglia mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von ihm hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Falls Sie IV-Sozial-oder Ergänzungsleistungen empfangen, bitten wir Sie, aus administrativen Gründen, uns dies mündlich mitzuteilen.

Datum: _____

Unterschrift: _____
