



Zahnarzt Team Luzern

## Zahnarzt Team Luzern

Dr. med. dent. Markus Schulte  
Zahnarzt – Fachzahnarzt Oralchirurgie  
Winkelriedstrasse 37  
6003 Luzern – Tel. 041 210 58 58  
www.ztlu.ch

# Anmeldung zur Behandlung

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular sowie den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Ggf. Titel: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen Recallbriefe / Rechnungen / Offerten **per Email** senden?  ja  nein  
Wünschen Sie eine **automatische Terminerinnerung** am Vortag?  ja, per Email  ja, per SMS  nein  
Ggf. gesetzlicher Vertreter / Korrespondenz Adresse: \_\_\_\_\_

Ggf. empfohlen / überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Zusatzleistungen? (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation u.s.w.)  ja  nein  
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen oder andere Zahnprobleme?  ja  nein  
Leiden Sie unter Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?  ja, sehr / immer  mässig / gelegentlich  nein, nie

Ist bei Ihnen schon einmal ein Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht o.ä.)  
während einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten?  ja  nein  
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_  
Hausarzt / Facharzt (Name und Ort) \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung oder Operation? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft  
(wenn ja, im \_\_\_\_ Monat)?  ja  nein

Rauchen Sie  ja  nein  
(wenn ja, ca. \_\_\_\_ Zigaretten / Tag)?

## Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

### Herz- / Kreislaufkrankungen

Herzinfarkt (Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_)  ja  nein  
Angina pectoris, Durchblutungsstörungen der  
Herzkranzgefässe  ja  nein  
Herzschwäche (Insuffizienz) oder andere  
Herzkrankungen  ja  nein

Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Angeborene oder erworbene Herzfehler  ja  nein

Zu hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein

### Knochenerkrankungen

Osteoporose  ja  nein

Wenn ja, welche Medikamente erhalten Sie ggf. gegen  
Osteoporose? \_\_\_\_\_

*Bitte füllen Sie auch Seite 2 des Fragebogens aus.*

## Bluterkrankungen

Blutungsneigung  ja  nein

Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Hatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff?  ja  nein

## Allergien:

Reagieren Sie überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien?  ja  nein

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen  ja  nein

## Infektionskrankheiten:

HIV / AIDS  ja  nein

Gelbsucht (Hepatitis) A  / B  / C   ja  nein

Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? \_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Wenn ja, spritzen Sie Insulin?  ja  nein

Epilepsie, Krampfanfälle  ja  nein

Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie)  ja  nein

Wenn ja, welche / wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Strahlentherapie mit Bestrahlungen im Kopfbereich?  ja  nein

Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so bitten wir Sie, dies uns bei Ihrer nächsten Behandlung mitzuteilen.**

**Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlichen Eingriffen das Reaktionsvermögen im Strassenverkehr herabgesetzt sein kann. Nach Anwendung von Beruhigungsmitteln oder Lachgas sollten Sie mit einer Begleitperson heimkehren und keinesfalls selbst ein Fahrzeug lenken.**

AGB bei Zahlungsverzug: Kommt der Patient seiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichtet er auf einen begründeten Einwand, so gerät er mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen (frühestens 80 Tage nach Rechnungsstellung). Der Patient trägt die Kosten des Zahlungsverzugs.

Bearbeitungsgebühren der Fa. InkassoMed: (frühestens ab Tag 80 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an InkassoMed) abhängig von Forderungshöhe in CHF: 37 (bis 19); 58 (bis 59); 145 (bis 399); 225 (bis 999); 285 (bis 1'999); 385 (bis 2'999); 575 (bis 4'999); 685 (bis 6'999); 825 (bis 9'999); 1'375 (bis 19'999); 2'600 (bis 49'999); 6% der Forderung (ab 50'000).

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_