



— DR. MED —
DENT
THOMAS BURGER

Anrede: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

AHV-Nr.: _____

Hausarzt, Ort: _____

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM? ☐ Empfehlung durch: _____

☐ Überweisung ☐ Beim vorbeigehen ☐ Google ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ anderes: _____

ICH ERHALTE UNTERSTÜTZUNG:

☐ Nein

☐ Ja: ☐ Ergänzungsleistungen
☐ Sozialhilfe
Welche Stelle/Amt: _____



**WIR VERSENDE RECHNUNGEN
UND KOSTENVORANSCHLÄGE
PER E-MAIL.**

☐ Ich wünsche die Korrespondenz
per Briefpost (+ CHF 2.50)

**WAS IST IHNEN BEI DER
ZAHNREINIGUNG WICHTIGER?**

☐ möglichst sanft
ODER
☐ möglichst gründlich

**SIND SIE DERZEIT ODER WAREN SIE KÜRZLICH
IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?**

☐ Ja, wegen: _____

☐ Nein.

**NEHMEN SIE DERZEIT REGELMÄSSIG
MEDIKAMENTE EIN?**

☐ Ja, folgende: _____

☐ Nein.

**NEHMEN SIE
BLUTVERDÜNNER EIN?**

☐ Ja, folgende: _____

☐ Nein.

**BESITZEN SIE EINEN MEDIZINISCHEN
GESUNDHEITS-AUSWEIS ODER PASS?**

☐ Ja: ☐ Nein.

☐ Endokarditisspass
☐ Allergiepass
☐ Antikoagulationspass

RAUCHEN SIE?

☐ Nein

☐ Ja: ca. _____ Zigaretten pro Tag

NUR FÜR FRAUEN: SIND SIE SCHWANGER ?

☐ Ja ☐ Nein

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS:

☐ Herzprobleme	☐ niedriger Blutdruck	☐ Hepatitis	☐ schweres Rheuma
☐ Kreislaufstörungen	☐ Asthma	☐ HIV	☐ Diabetes Typ
☐ hoher Blutdruck	☐ Osteoporose	☐ Verdauungsstörungen	☐ Allergien: _____
☐ Andere ernsthafte Erkrankungen: _____			☐ nichts davon.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte, inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopie oder Ausdrucke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin / meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und, dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden können.

Ich bin einverstanden, dass mir –falls notwendig– eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr, für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Wird ein Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher (Montag-Freitag) abgesagt, können wir ein Ausfallhonorar für den eingetragenen Zeitbedarf in Rechnung stellen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass während den Behandlungen eine Fotodokumentation erfolgen kann, und dass diese Fotos – anonymisiert – zu Werbezwecken verwendet werden können.

☐ Ich habe alles gelesen, verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet.

Basel, den _____

Unterschrift: _____