

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Arztgeheimnis.

PERSONALIEN

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Dat.: _____

Bei Kindern Name/Vorname und Adresse/Tel des Vaters/der Mutter: _____

Gesetzlicher Vertreter (Name/Adresse/Tel): _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.Privat: _____ Tel.Geschäft: _____ Tel.Natel: _____

E-mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber/Arbeitsort: _____

Hausarzt (Name/Adresse/Tel): _____

Krankenkasse/Versichertennummer: _____

Empfohlen/überwiesen durch: _____

Grund der Konsultation: _____

Haben Sie eine private Zahnpflegeversicherung? Ja () Nein ()
Wenn ja, wo? _____

Sind Sie UVG (Unfall) versichert? Ja () Nein ()
Wenn ja, wo? _____

Garant: Selbstzahler ()
Amt für Zusatzleistungen ()
Ergänzungsleistungen AHV/IV ()
Kontaktperson, Adresse/Tel.: _____

Bemerkungen: _____

Pfäffikon ZH, den

Unterschrift: