



Anmeldung für mobile Behandlung

Bitte zutreffendes ankreuzen

Frl. Frau Herr

Name Vorname

Etage/Zimmer Geb. Datum

Adresse Tel. Pflege

Name des gesetzlichen Vertreters (1)	
Adresse	Tel Privat
PLZ/Ort	Natel
Geschäftsadresse	Tel G.

Name des gesetzlichen Vertreters (2)	
Adresse	Tel Privat
PLZ/Ort	Natel
Geschäftsadresse	Tel G.

Rechnungsstellung an Familie Gesetzlicher Vertreter ()

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen genau. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, auch zukünftig gesundheitliche Veränderungen oder Einnahme von zusätzlichen Medikamenten spontan zu melden.

Soziale Institution/Amt/Zuständigkeit

Anschrift (1)	
Zuständigkeit	
Adresse	Tel
PLZ/Ort	Natel

Behandelnder Arzt

Name	
Anschrift	
.....	
PLZ/Ort	Tel

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters ()

Diagnose

.....

.....

Medikation

.....

.....

.....

Massnahme bei zahnärztlichem Eingriff

.....

Über die Person

- Mobilität: geh fähig im Rollstuhl bettlägerig
- Selbständigkeit: gut eingeschränkt gering
- Aufnahmefähigkeit: gut eingeschränkt auf Hilfe angewiesen

antikoaguliert Wenn ja, mit welchem Medikament

.....

Quickwert INR-Wert

Zahnärztliches Anliegen

.....

.....

.....

Zustand Parkinson Alzheimer Demenz

Ist eine antibiotische Abschirmung bei einem zahnärztlichen Eingriff notwendig ?

Ort/Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift der zuständigen Betreuung im Haus