



Mobile Praxis Linda Coletta
 Dipl. Zahnärztin, Mitglied SSO
 Oberdorfstrasse 3
 5703 Seon

mobilepraxis@hotmail.com
 078 837 4949

Anmeldung für mobile Behandlung in

Sind Sie mit einer zahnärztlichen Behandlung einverstanden? JA NEIN

Bitte zutreffendes ankreuzen Frl. Frau Herr

Name, Vorname Geb. Datum

Adresse Station/Zimmer

Ansprechspartner-Pflege..... Telefon/ Email

Name der gesetzlichen Vertretung	
Adresse	
PLZ/Ort.....	Tel/Natel
Rechnungsstellung an <input type="checkbox"/> Selbstzahlend <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> EL	

Was ist das Problem?

<input type="checkbox"/> Mobilität ohne Einschränkung	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> liegend
Kooperationsfähigkeiten + / 0 / - Pflegestufe			
<input type="checkbox"/> Kein schriftlicher Bericht erwünscht			

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

Hausarzt: **Telefon.**

Diagnose (nur relevante)

Medikation (oder Medikationsliste beilegen)

Allergien.....

Antikoaguliert Ist eine antibiotische Abschirmung bei einem zahnärztlichen Eingriff notwendig? JA NEIN

Ort/Datum:

Unterschrift Patient/Gesetzliche Vertretung:

Unterschrift der zuständigen Betreuung im Haus: