

Gutschein für eine Zahnuntersuchung

für 2- bis 4-Jährige in der Schulzahnklinik

Bitte in Blockschrift ausfüllen.

Name/Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

(Bei Ausländer/in Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)

Vater/Mutter/Besorger/in: _____

Beruf: _____

Strasse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Mobile: _____

Krankenkasse: _____

Mitglied-Nr.: _____

Sozialberatung: Ja Nein

Dieser Gutschein deckt die Kosten für eine Gratiskontrolle Ihres Vorschulkindes mit Wohnsitz in Dietikon (exkl. Röntgenbilder). Dieser Gutschein ist nur vollständig ausgefüllt gültig. Der Untersuchung kann nur nach vorheriger telefonischer Vereinbarung stattfinden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erziehungsberechtigte/r

Die Verordnung über die Schulzahnpflege ist einsehbar unter: www.schule-dietikon.ch / Schulische Dienste / Schulzahnklinik. Wir bitten Sie, diesen Gutschein ausgefüllt zum Untersuch mitzubringen.

Gesundheitsfragebogen

Erklärung

Meine Zahnärztin/Mein Zahnarzt ist ermächtigt, medizinische Akten von anderen Zahnärztinnen und -ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn damit unnötige Wiederholungen von Untersuchungen und somit Kosten eingespart werden können. In meinem Interesse erlaube ich es, Untersuchungs-, Behandlungsergebnisse oder Beurteilungen der/dem nachbehandelnden oder zuweisenden Zahnärztin/-arzt zuzusenden.

Hausärztin/-arzt oder behandelnde/r Ärztin /Arzt:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

	Ja	Nein
1. Spitalaufenthalt oder ärztliche Behandlung während der letzten Jahre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Regelmässige Einnahme von Medikamenten in den letzten Wochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durchgemachte Kinderkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift Vater / Mutter / Besorger/in:
