

# Anmeldung / Abmeldung

*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.: \_\_\_\_\_

Lehrperson/Klasse \_\_\_\_\_ Schulhaus \_\_\_\_\_

**Sozialberatung:**       Ja       Nein

- Der/Die Unterzeichnende erklärt sich mit der Behandlung des Kindes in der Schulzahnklinik einverstanden. Die Verordnung über die Schulzahnpflege ist einsehbar unter **www.schule-dietikon.ch** / Schulische Dienste / Schulzahnklinik.
- Der/Die Unterzeichnende weist das Kind einer Privatzahnärztin/einem Privatzahnarzt zu.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r

Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen und innert 10 Tagen an die Schulzahnklinik Dietikon zurückzusenden (Schöneggstrasse 30, 8953 Dietikon).

# 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:

---