

# FORMULAR

## Patienteninformation



### Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es vor der 1. Konsultation an uns zurück.

#### PATIENTENINFORMATION

Ihr Termin

Name

Telefon Privat

Vorname

Telefon Natel

Geburtsdatum

Telefon Geschäft

Strasse

E-Mail

PLZ/Ort/Kanton

Hauszahnarzt & Telefonnummer

Beruf

Hausarzt/Kinderarzt & Telefonnummer

Krankenkasse, Versicherungs-/AHV-Nr.

Empfohlen von / Überwiesen von

#### GESETZLICHE VERTRETERIN /GESETZLICHER VERTRETER

Name

Beruf

Vorname

Telefon Privat

Strasse

Telefon Natel

PLZ/Ort/Kanton

Telefon Geschäft

#### Beziehen Sie Sozialhilfe?

Nein

Ja

Seit wann:

#### Rechnungsstellung an die oben genannte Adresse?

Nein

Ja

Adresse:

#### War oder ist ein weiteres Kind bei uns in Behandlung?

Nein

Ja

Name:

#### Stocker – Fachpraxis für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Bruce Stocker  
Fachzahnarzt für  
Kieferorthopädie | Mitglied SSO

Zuchwilerstrasse 64  
4500 Solothurn

T +41 32 622 90 44  
info@dr-stocker.ch  
www.dr-stocker.ch

#### DATENSCHUTZ

Mit der Unterschrift erteilen Sie mir Ihr Einverständnis, die notwendigen Patientendaten für administrative Angelegenheiten an die von mir beauftragten Personen oder Institutionen weiterzuleiten. Zu diesen gehören Behörden, Versicherungen, behandelnde Zahnärzte/Ärzte, die Buchhaltung und das Inkasso. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind wir auf Ihr Einverständnis zur Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht angewiesen.

Ort/Datum

Unterschrift