

Anmeldung mobile Alterszahnpflege

Patient:

Vorname:

Nachname:

Geb.:

Institution / Adresse:

Auftraggeber / Angehörige / Vertreter:

Name:

Adresse:

Tel.:

Kostenträger:

- Anspruch auf Ergänzungsleistungen / IV
- Fürsorge / Sozialamt
- Privat

Rechnungsadresse:

Name:

Adresse:

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass:

- Mundhygiene-Pflege / Zahnreinigung** je nach Bedarf sowie eine einmalige Anfangsuntersuchung durch die Zahnärztin durchgeführt werden darf (Kosten ca. 100 – 150 CHF).
- falls nötig weitere **notfallmässige Behandlungen / zahnärztliche Kontrollen** durchgeführt werden dürfen.

Ort / Datum:

Unterschrift: