

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

Kantonaler Sozialdienst

Unterabteilung Asyl, Fachbereich Dienstleistungen

FORMULAR PATIENTENDATEN

Zahnarztbesuch

Dieses Formular ist bei einem Zahnarztbesuch zwingend vorzuweisen.

Patient / in	N-Nummer:
	Name / Vorname:
	Adresse:
	Geburtsdatum:
	Herkunftsland:
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	<input type="checkbox"/> Ausweis N (Asylsuchende, Asylsuchender) ⇒ Leistungsübersicht ¹ Zahnbehandlungen N, S und ARPF berücksichtigen <input type="checkbox"/> Ausweis S (Schutzbedürftige) ⇒ Leistungsübersicht Zahnbehandlungen N, S und ARPF berücksichtigen <input type="checkbox"/> ARPF (ausreisepflichtige Person) ⇒ Leistungsübersicht Zahnbehandlungen N, S und ARPF berücksichtigen <input type="checkbox"/> Ausweis F (vorläufig aufgenommene/r Ausländerin, Ausländer) ⇒ Sozialzahnmedizin <input type="checkbox"/> Ausweis F (vorläufig aufgenommener Flüchtling) ⇒ Sozialzahnmedizin <input type="checkbox"/> Ausweis B (anerkannter Flüchtling) ⇒ Sozialzahnmedizin
Begründung Konsultation	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
	Beschreibung:

¹ <https://www.ag.ch/fluechtlingswesen> > Merkblätter & Dokumente

Versicherung (nur bei Unfall auszufüllen)	<input type="checkbox"/> Aquilana Versicherungen					
	<input type="checkbox"/> andere:					
	Versicherungs-Nr.:					
Zuständige Betreuung	Name / Vorname:					
	Telefon:					
	Unterschrift Betreuung:					
	Ort / Datum:					
Kontakt	Kantonaler Sozialdienst Unterabteilung Asyl Fachbereich Dienstleistungen Asyl (FDA) Obere Vorstadt 3 5000 Aarau					
	<table> <tr> <td>für Familiennamen A-G</td> <td>für Familiennamen H-Z</td> </tr> <tr> <td>062 835 30 11</td> <td>062 835 30 06</td> </tr> <tr> <td>medasyl.ksd@ag.ch</td> <td>medasyl.ksd@ag.ch</td> </tr> </table>	für Familiennamen A-G	für Familiennamen H-Z	062 835 30 11	062 835 30 06	medasyl.ksd@ag.ch
für Familiennamen A-G	für Familiennamen H-Z					
062 835 30 11	062 835 30 06					
medasyl.ksd@ag.ch	medasyl.ksd@ag.ch					