

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Personalien

Name:	Beruf:
Vorname:	Arbeitgeber:
Geburtsdatum:	Bei Kindern Rechnungsadresse und Name des gesetzlichen Vertreters:
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon Privat:	
Telefon Geschäft:	Zahnpflegeversicherung:
Fax:	Unfallversicherung:
Mobile:	Hausarzt/behandelnder Arzt:
E-Mail:	Empfohlen durch:
	Grund der Anmeldung:

Finanzielles

- Sind Sie Selbstzahler?
 Akontozahlung erwünscht?
 Ratenzahlung erwünscht?

Kommen Drittzahler für die Behandlung auf?

- Versicherung Sozialamt
 Krankenkasse Fürsorge
 Ergänzungsleistung Andere

Um Sie korrekt und individuell behandeln zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Wir bitten Sie deshalb untenstehende Fragen vollständig zu beantworten. Wir danken für Ihre Offenheit.

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

	ja	nein
1. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Spital? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reagieren Sie überempfindlich/allergisch auf Medikamente, Spritzen, Nahrungsmittel, Blütenstaub oder Materialien Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neigen Sie zu Blutungen oder nehmen Sie die Antikoagulantien (Blutverdünner) ein? Quick? INR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist Ihr Blutdruck zu hoch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie gesundheitliche Probleme mit dem Herzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?		
- Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erkrankung der Atmungsorgane/Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen-/Darmprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheumatismus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere Erkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rauchen Sie, wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?		
- Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurde bei Ihnen ein Transplantat oder ein künstliches Gelenk eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wurden oder werden Sie wegen einem Tumor/Krebs behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie an Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Patientinnen: Sind Sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich ermächtige hiermit meinen Arzt, sämtliche medizinische Auskünfte bei anderen Ärzten, Spitälern und Versicherungen einzuholen wie auch zu erteilen. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie an die staatlichen Instanzen (Betriebsamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten.

Datum: _____

Unterschrift: _____