

ANMELDUNG & GESUNDHEITSFRAGEBOGEN
BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Schön, dass Sie zu uns kommen!

Praxis Dr. A. Brunner Pat.Nr:

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse PIZ/Ort

Telefon Privat Telefon Geschäft

Handy E-Mail

Beruf / Titel

Wird Ihre Behandlung von der AHV / IV oder vom Sozialamt übernommen? () Nein / Ja ()

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (zutreffendes bitte ankreuzen)

() Internet () Auskunft / Tel. search () Bekannte / Freunde (empfohlen durch)

Überweisender Arzt / Zahnarzt (Name und Ort)

Grund der Konsultation:

Sind / waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? () Ja / Nein ()

Wenn ja, weswegen?

Haben Sie oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? () Ja / Nein ()

Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt? () Ja / Nein ()

Herzerkrankungen: Endokarditis (Herzinnenhautentzündung), Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen () Ja / Nein ()

Angina pectoris, Herzinfarkt () Ja / Nein ()

Zu hoher / zu tiefer Blutdruck () Ja / Nein ()

Bluterkrankungen: Blutarmut, Hämophilie (Blutungsneigung) () Ja / Nein ()

Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)? () Ja / Nein ()

Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? () Ja / Nein ()

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? () Ja / Nein ()

Haben Sie Nierenprobleme? () Ja / Nein ()

Haben Sie Magen- oder Darmprobleme? () Ja / Nein ()

Haben Sie Allergien? Wenn ja, worauf? () Ja / Nein ()

Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen? () Ja / Nein ()

Leiden Sie unter Atemproblemen? (Asthma, Bronchitis oder Heuschnupfen)? () Ja / Nein ()

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? () Ja / Nein ()

Hatten Sie jemals: Kieferhöhlenentzündungen, Rheuma, Gelenkschwellungen () Ja / Nein ()

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? () Ja / Nein ()

Wenn ja, welche?

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche? () Ja / Nein ()

Leiden Sie an Epilepsie? () Ja / Nein ()

Bestehen andere ernsthafte Erkrankungen? () Ja / Nein ()

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Welche Woche? () Ja / Nein ()

Wurden Sie über die Direktbezahlung informiert? () Ja / Nein ()

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbildern und Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen wie Versicherungen, Sozialamt etc., ausgetauscht werden dürfen und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Cham, den

Unterschrift: