

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir bitten Sie uns vor der Behandlung die folgenden Angaben zu Ihrer Person und Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu machen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patientenname:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Postleitzahl:Ort: Straße u. Nr:.....

Beruf / Arbeitgeber:.....

Telefonnummer privat:..... geschäftlich:.....Mobil:.....

Sollten die Patientendaten von den Versichertendaten abweichen benötigen wir zusätzlich folgend Informationen.

Rechnung an: Patienten Versicherten

Versichertenname:.....Vorname:.....

Geburtsdatum des Versicherten:.....

Postleitzahl:.....Ort:.....Straße u. Nr:.....

Gesetzlich Versicherte Patienten reichen bitte die Versicherungskarte bis 10 Tage nach Behandlungsbeginn ein, da wir diese zur Abrechnung mit der Krankenkasse benötigen. Erhalten wir die Versicherungskarte nicht, gehen wir davon aus, dass Sie ausdrücklich eine private Behandlung wünschen. Wir senden Ihnen dann eine Privatrechnung zu.

Überwiesen durch:.....

Name des Hausarztes:_____ Tel:_____

Für unsere weiblichen Patienten; Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wünschen Sie an Ihren nächsten Recalltermin erinnert zu werden? Ja Nein

Wir planen unsere Behandlungstermine so, dass keine oder nur geringe Wartezeiten für Sie entstehen. Sowohl durch versäumte Termine, als auch durch kurzfristige Absagen, besonders bei chirurgischen und prothetischen Massnahmen, entstehen erhebliche Kosten für die nach bestehender Rechtslage ein Vergütungsanspruch geltend gemacht werden kann. Es wird daher vereinbart, dass jeder terminierte, aber unentschuldigt versäumte Termin in Rechnung gestellt werden kann. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, oder im akuten Krankheitsfall ein Attest vorzulegen.

Datum _____

Unterschrift _____

bitte wenden

Persönliche Gesundheitsüberprüfung

		Ja	Nein	
<u>Sind Sie Raucher:</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Herz-/ Kreislaufkrankungen</u>	Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bypass-Op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann ? _____
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann ? _____
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werte: _____
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann ? _____
	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werte: _____
<u>Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzter QuickWert: _____
<u>Bluterkrankungen</u>	Blutgerinnungsstörung/			
	Hämophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Thrombosegefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Allergien</u>	Allergiepass ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Penicillinallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	andere Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
<u>Stoffwechslerkrankungen</u>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Magen-Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Infektionskrankheiten</u>	Gelbsucht/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tuberkulose/ TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aids / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Nervensystemerkrankungen</u>	Krampfanfälle /			
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Psychiatrische			
	Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Atemwegserkrankungen</u>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Drogen</u>	Waren oder sind Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Andere Erkrankungen:</u>	Leber <input type="checkbox"/>	Niere <input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/>			
<u>Medikamente</u>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____

Datum _____

Unterschrift _____