

## Patientenfragebogen

Name

Vorname

(bei Minderjährigen: Name und Vorname des Erziehungsberechtigten)

Geburtsdatum

Nationalität

Geschlecht

männlich

weiblich

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Tel. Privat

Tel. Mobil

E-Mail

Beruf

Tel. Geschäft

Arbeitgeber (Name/Adresse)

Beziehen Sie:

AHV

IV

Sozialhilfe

Krankenkasse

AHV-Nr. 756.

Unfallversicherung

KK-Franchise

Zuweisender Arzt

Hausarzt

Welche Allergien/Unverträglichkeiten haben Sie?

Keine

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Ja

Nein

Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen?

Ja

Nein

Leiden Sie an einer infektiösen Krankheit  
(HIV, Hepatitis etc.)?

Ja

Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Keine

Frauen: Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Wenn ja: in welcher Woche?

Ich erteile mit der unten stehenden Unterschrift die Erlaubnis, die für eine Rechnungsstellung erforderlichen Daten, sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder dem damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, welche mit meiner Krankheit in Zusammenhang stehen könnten.

*Im Verhinderungsfalle bitten wir Sie uns 24 Stunden vorher zu benachrichtigen. Wenn Sie nicht erscheinen, erheben wir eine Rechnung von CHF 100.-, bei kosmetischen Behandlungen wird die Hälfte des Behandlungswertes erhoben.*

Ort/Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)