



Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Es ist uns ein grosses Anliegen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Tel. P

Tel. G

Tel. Mobil

E-Mail

Krankenkasse

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person

Beruf/Tätigkeit

Arbeitgeber

Familienstand

Kinder





Üblicherweise rechnen wir direkt mit den Krankenkassen ab (Tiers payant). Falls Sie die Rechnung selbst erhalten möchten (Tiers garant) oder eine Rechnungskopie wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die, mit einem allfälligen Inkasso beauftragte, Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem behandelnden Arzt zuzusenden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift in Form von Vornamen und Nachnamen, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben. Zudem, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via MediPort verschickt.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

1)

Name, Vorname

Tel.

2)

Name, Vorname

Tel.





Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

1)

Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Tel.

2)

Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Tel.

3)

Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Tel.





Ihre Vorgeschichte

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

Operationen? Welche? Wann?

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente?

Sonstige Erkrankungen:

Wann war Ihr letzter medizinischer Check-up?

Wann war Ihre letzte Impfung? Welche Impfung?





BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen.
Nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament: Name, Wirkstoffmenge (mg)	Einnahmezeit morgens	Einnahmezeit mittags	Einnahmezeit abends	Einnahmezeit zur Nacht

Gibt es **chronische Erkrankungen** in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine **chronischen Erkrankungen** bekannt.

Ja - und zwar folgende Erkrankungen bei folgenden Personen:

Gibt es **Krebserkrankungen** in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine **Krebserkrankungen** bekannt.

Ja - und zwar folgende Erkrankungen bei folgenden Personen:





Allgemeine Daten

Ihre Körpergrösse _____ Ihr Gewicht _____

Raucher/in? Ja Nein

Alkoholkonsum? Ja Nein Gelegentlich Häufig

Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Blutwerte bekannt? Ja Nein

Gehen Sie regelmässig zur Krebsvorsorge? Ja Nein

Falls ja, wann zuletzt? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch Krankenkasse Internet
Arztkollegen Zeitung Empfehlung von
Freunden/Bekannten

Sonstiges: _____

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

