Sehr geehrte Patientin , sehr geehrter Patient

unser Praxisteam ist bemüht Ihnen möglichst gut und rasch behilflich zu sein. Wenn Sie uns heute zum ersten Mal aufsuchen, ist es für uns wichtig einige Angaben von Ihnen zu erhalten, die über die Information auf Ihrer Überweisung oder Ihrer Versichertenkarte hinausgehen. Deshalb wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie die folgenden Fragen kurz beantworten könnten. Wenn Sie zu einigen Fragen nur unserem Doktor antworten möchten, so respektieren wir dies selbstverständlich gerne.

Mit recht herzlichem Dank Ihr Praxisteam

**Bitte die entsprechenden Angaben eintragen und die nicht zutreffenden Angaben durchstreichen**

**Vorname** Nome, Prénom; **Name** Cognome, Nom

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** **Geschlecht** weiblich mänlich **Zivilstand**

Data di nascita Sesso femmina machio Stato civile

Date de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe féminin masculin Etat civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse** **Strasse** Strada, Rue **PLZ** **Wohnort** Località Localté

Indirizzo

Adress\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beruf Telefon Privat**

Professione **Mobil**

Profession\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Arbeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E- Mailadresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zuweisender Arzt?** **Wer ist Ihr Hausarzt?**

Medico curante Medica di famiglia

Médecin traitant\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médicin de famille\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kostenträger** Garant **Krankenkasse** **Unfallversicherung** **Selbstzahler**

ambulante Cassa malati Assicurazione ifortuni Conto privato

Behandlung Caisse maladie Assurance accidents Compte privé

**Krankenkasse / Versicherung Sektion / Mitgliedsnummer**

Cassa malati / assicurazione Sezione / N. d’assicurato

Caisse de maladie / assurance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Section / No. D’assuré \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kostenträger** **Allg.Abteilung** **Halbpriv.Spitalvers.** **Private Spitalvers**. **Selbstzahler**

Garant Spital- Sezione generale Sezione semiparticolare Sezione particolare Conto privato

Behandlung en chambre commune en chambre semiprive en chambre prive Compte privé

**Ich wünsche das** Arztrechnung an meine Krankenkasse Arztrechnung an mich
**Abrechnungssystem:** Tiers payant Tiers garant

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

Mein Arzt/Aerztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch an den Versicherungsträger übermitteln kann.

**Datum Unterschrift**

Data Firma

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Bitte auch die Rückseite ausfüllen**

Wie groß sind Sie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm und wie schwer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg

Rauchen Sie: Nein / Ja Wenn ja, wieviel:\_\_\_\_\_Zigaretten/Zigarren/Pfeifen am Tag,

Wenn Sie früher geraucht haben, bis wann haben Sie geraucht: \_\_\_\_\_?

Konsumieren Sie Alkohol oder Drogen? Nein / Ja Wenn ja, was:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wieviel:\_\_\_\_\_\_ seit:\_\_\_\_\_\_\_

Eine Frage für unsere weiblichen Patienten:
Sind Sie zurzeit Schwanger oder könnten Sie schwanger sein: Nein / Ja;

Anzahl der Schwangerschaften bisher: \_\_\_-mal und letztmalig \_\_\_\_\_, Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_\_

Haben Sie Vorerkrankungen: Nein / Ja; wenn ja, welche und seit wann

hoher Blutdruck : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ niedriger Blutdruck: Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herzerkrankung : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ Herzinfarkt: Nein / Ja; seit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blutarmut/Blutungen : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ Leberleiden: Nein / Ja; seit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nierenleiden : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ Magenleiden: Nein / Ja; seit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muskelerkrankungen : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ Nervenleiden: Nein / Ja; seit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gicht : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ Fette erhöht: Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zucker, Diabetes : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_ Wirbelsäulenleiden: Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arthrose : Nein / Ja; seit \_\_\_\_; wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rheuma : Nein / Ja; seit \_\_\_\_; wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schilddrüse : Nein / Ja; seit \_\_\_\_; Überfunktion / Unterfunktion

Lungenleiden : Nein / Ja; was:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krampfadern : Nein / Ja; seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venenentzündungen : Nein / Ja; wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_; wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thrombosen : Nein / Ja; wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_; wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lungenembolie : Nein / Ja; wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere: : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durchblutungsstörungen in der Familie:

Krampfadern : Nein / Ja;

Thrombosen : Nein / Ja;

Lungenembolie : Nein / Ja;

Herzinfarkte : Nein / Ja;

Beinarterien : Nein / Ja;

Schlaganfälle : Nein / Ja;

Andere : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen sie Medikamente ein?
Nein / Ja; wenn ja, welche ?

Herz : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blutdruck : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lunge : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wasser : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durchblutung : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venen : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schilddrüse : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Knochen : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abführmittel : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pille : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Migräne : Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie selbst Allergien Nein / Ja:

Gummi – Latex : Nein / Ja;

Heuschnupfen : Nein / Ja;

Medikamente : Nein / Ja;

Penicillin : Nein / Ja;

Kontrastmittel : Nein / Ja;

welche :.

Sonstige Allergien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal operiert worden: wenn ja, was und wann

Mandeln : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Blinddarm : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Galle : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Gebärmutter : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Magen / Darm : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Venen : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Arterien : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Gelenke : Nein / Ja; wann: \_\_\_\_\_\_\_\_

Andere : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traten dabei irgendwelche Probleme auf?

Nein / Ja; was: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existieren erbliche Leiden oder Bedingungen, welche die Narkosefähigkeit einschränken?
Nein / Ja; welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich – ausser dem jetzigen Leiden – krank?
Nein / Ja; warum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_