

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Persönliche Angaben

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>	Telefon Geschäft	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>		

Jugendliche, Pensionierte und Erwachsene, welche unter 8 Stunden /Woche arbeiten bitten wir, uns die Daten der Krankenkasse mitzuteilen.

Krankenkasse	<input type="text"/>	Krankenkassen-Nummer	<input type="text"/>
Zwingend AHV-Nummer	<input type="text"/>		

Ja **Nein**

Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung?
(Sozialamt/Ergänzungsleistung/IV)

Falls JA, über welche Stelle?

Patientenerklärung:

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis die für die Rechnungsstellung, die Buchführung und das Inkasso notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Ebenso willige ich ein, dass mit Institutionen (Behörden/Versicherungen) und ärztlichen/zahnärztlichen Kollegen personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen. Auch bin ich mir bewusst, dass nicht rechtzeitige Termine verrechnet werden können. Termine müssen 24 Stunden vor dem geplanten Termin abgemeldet werden.

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Ja **Nein**

Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital?
Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
Nehmen Sie Blutverdünner?

Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation?

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

- Allergien?
- Herzerkrankungen?
- Zuckerkrankheit (Diabetes)?
- Infektionskrankheiten (Gelbsucht, HIV, Hepatitis)
- Asthma, Heuschnupfen (bitte unterstreichen)
- Schweres Rheuma?
- Leber- und Nierenerkrankungen?
- Magen- und Darmerkrankungen?
- Epilepsie?
- Eine andere ernsthafte Erkrankung?
- Sind sie HIV+?
- Sind Sie Raucher/In? Wenn ja, wie viel?
- Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?