Ärzteteam
SEEWADEL
Gesundheitszentrum
Seewadel

Patientenblatt Ärzteteam Seewadel

Bitte füllen Sie dieses Formular (Rückseite beachten) vollständig aus.

Name, Vorname	
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Tel. privat / Tel. Geschäft	
Natel	
E-Mail	
Krankenkasse	
Versicherungs-Nummer	
Arbeitgeber: Firma & Adresse	

Möchten Sie eine Kontaktperson angeben? (bei Minderjährigen obligatorisch)

Name, Vorname	
Adresse	
Tel. privat / Natel	
E-Mail	

Mein Arzt oder meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm/ihr, medizinische Untersuchungs- und/oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilungen dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, direkt mit der Krankenkasse abzurechnen (Tiers Payant). Dazu erlaube ich der Praxis, die dazu notwendigen Daten an eine Abrechnungsstelle, in anonymisierter Form an die ärzteeigene Datensammlung und, wenn nötig, an eine Inkassofirma weiterzuleiten.

Versäumte Konsultationen werden dem Patienten mit CHF 60.- direkt in Rechnung gestellt.

Datum: Unterschrift:

Leiden Sie an den folgenden Krankheiten?

Nein	Ja		Was	Wann
❒	❒	Allergie		
❒	❒	Heuschnupfen		
❒	❒	Asthma bronchiale / COPD		
❒	❒	Herz/Kreislauf		
❒	❒	Lunge		
❒	❒	Magen/Darm		
❒	❒	Leber (Gelbsucht)		
❒	❒	Nieren/Blase		
❒	❒	Haut		
❒	❒	Augen		
❒	❒	Zähne		
❒	❒	Hals/Rachen		
❒	❒	Ohren		
❒	❒	Stirn-/Kieferhöhlen		
❒	❒	Depression		
❒	❒	Epilepsie		
❒	❒	Zuckerkrankheit		
❒	❒	Medikamentenunverträglichkeit		
❒	❒	Anderes		

- Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Zeckenimpfung gemacht? ❒ Nein ❒ Ja
- Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Starrkrampfimpfung gemacht? ❒ Nein ❒ Ja

- Wer ist Ihr Ehemaliger oder aktueller Hausarzt?

_____

- Grösse? ..... cm Gewicht? .....Kg
- Wurden Sie schon einmal operiert?

❒ Nein ❒ Ja, was? _____

Wo (welches Spital)? _____

- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ❒ Nein ❒ Ja, wieviel? _____/Tag
- Trinken Sie Alkohol? ❒ Nein ❒ Ja, wieviel? _____,wie häufig? _____
- Hatten Sie jemals eine Darm- oder Magenspiegelung?

❒ Nein ❒ Ja, wann? _____, wo? _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? ❒ Nein ❒ Ja, welche?

Name Medikament	Dosierung