# Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Dieser Fragebogen hilft uns, einen Teil der Anamnese im Voraus zu erfassen, damit die Erstkonsultation in einem angemessenen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und in Druckschrift.

**Name/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zivilstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bei Kindern: Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hobbies/Sport: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Haben Sie eine Zusatzversicherung? O Ja O nein**

Wenn ja, bei welcher Kasse? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Welche Beschwerden haben Sie vorrangig? Seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seit wann bestehen oben genannte Beschwerden? Haben sich diese verändert? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Notfallkontakt Name/Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Nehmen Sie Medikamente? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leiden Sie oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten / Ereignissen?**

|  |  |
| --- | --- |
| * hoher Blutdruck | * Schilddrüsenerkrankung |
| * niedriger Blutdruck | * Diabetes |
| * Blutarmut | * Rheuma |
| * AIDS | * Grüner Star |
| * Nierenerkrankung | * Krampfleiden (z.B.Epilepsie) |
| * Lebererkrankung | * Neurologische Erkrankungen |
| * Magenerkrankung | * Muskuloskelettale Beschwerden |
| * Darmerkrankung | * Arteriosklerose |
| * Allergien | * Osteoporose |
| * Herz- / Lungenerkrankungen | * Tumorerkrankungen | |
| * Psychosomatische Erkrankungen * Pfeiffersches Drüsenfieber * Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Operationen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Unfälle * Schwangerschaft (aktuelle Woche?) | |

# Dienstleistungs-/ und Datenschutzvereinbarung

Die Leistungen werden Ihnen direkt in Rechnung gestellt. Bitte fragen Sie bei Ihrer persönlichen Zusatzversicherung nach, ob die Kosten übernommen bzw. Ihnen rückvergütet werden. Den von uns ausgestellten Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten.

Wir versichern Ihnen, dass wir stets nach bestem Wissen und Gewissen für Ihre Gesundung beitragen werden. Leider können wir, trotz unserer Fürsorge, Ihre Heilung/Gesundung nicht garantieren oder Folgeschäden ausschliessen.

Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Die Gebühr für eine Behandlung beträgt sFr. 140.- je Stunde.

Bitte beachten Sie, dass im Rahmen der Behandlung evtl. einzelne schmerzhafte Techniken angewendet werden, die in der Folge zum Auftreten von blauen Flecken, Hautrötungen und/oder muskelkaterähnlichen Schmerzen führen können. Diese verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage.

Sie können jederzeit die Behandlung selbstbestimmt unterbrechen oder abbrechen. Alle von Ihnen gemachten Angaben werden unter Schweigepflicht vertraulich und nach den Datenschutzrichtlinien behandelt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den genannten Punkten einverstanden und entbinden uns rechtlich an jeglichen Folgeschäden. Zudem entbinden Sie uns unserer Schweigepflicht gegenüber Ihrer Krankenkasse (ausschliesslich für angefragte Berichte) sowie Ihrem behandelnden Arzt.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift //ges. Vertreter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_