

Fragebogen für neue Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Sie bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten für bestimmte Produkte? ☐ ja ☐ nein

Falls Sie „ja“ angekreuzt haben, notieren Sie bitte hier alle relevanten Informationen:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Falls Sie „ja“ angekreuzt haben, listen Sie nachfolgend bitte alle Medikamente und andere Präparate auf, die Sie regelmässig einnehmen. Bitte inkl. Dosierung und wie oft pro Tag (1-0-1 hiesse z. B. morgens und abends je 1 Stück)

Bitte geben Sie abschliessend alle Ihnen bekannten Krankheiten und Gesundheitsprobleme an, unter denen Sie leiden und vergessen Sie auch nicht eventuelle Operationen, denen Sie sich in der Vergangenheit unterzogen haben. Soweit dies Ihnen möglich ist, schreiben Sie bitte auch dazu, wann die jeweilige Diagnose zum ersten Mal gestellt wurde oder aber die Operation durchgeführt wurde. Wenn Sie das Datum nicht genau erinnern, dann so präzise wie es Ihnen möglich ist.

Wenn Sie uns die Erlaubnis erteilen möchten, dass wir mit bestimmten Personen über Ihre Behandlung sprechen und diesen Auskünfte erteilen dürfen, dann schreiben Sie diese Personen bitte nachfolgend auf:

Person 1:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum; _____

Ihre Beziehung zu dieser Person (z. B. Ehepartner, Tochter, etc): _____

Person 2:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum; _____

Ihre Beziehung zu dieser Person (z. B. Ehepartner, Tochter, etc): _____

Person 3:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum; _____

Ihre Beziehung zu dieser Person (z. B. Ehepartner, Tochter, etc): _____

Ort, Datum

Unterschrift