



Anmelde - und Gesundheitsbogen (bitte leserlich schreiben)

Name: Vorname:

Strasse : PLZ/ Wohnort:

Geburtsdatum: E-Mail:

Tel P: Tel N:

Beruf/ Firma: Tel. G:

Grund der Konsultation:

Kostenträger: selbst, Fürsorge, Ergänzungsleistungen, IV, **(bitte unterstreichen)**

Eltern oder gesetzlicher Vertreter:

Hausarzt, behandelnder Arzt: Tel:

Wie möchten Sie Ihre Rechnung erhalten? **per Post** **oder per Mail** .

Wie möchten Sie an Ihren jährlichen Kontrolltermin erinnert werden? **per Post** **oder per Mail** .

Empfohlen durch:

	ja	nein
1. Waren Sie während der letzten zwei Jahren für einen operativen Eingriff im Spital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, warum ?		
2. Nehmen Sie regelmässig irgendwelche Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche?.....		
3. Nehmen Sie Blutverdünner ein (Antikoagulantien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien (Allergien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche?.....		
5. Leiden Sie an Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie eine künstliche Herzklappe oder eine andere Herzoperation gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie ein künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie jemals:		
- Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien zB. Latex, Jod, Antibiotika, Schmerzmittel oder andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Niereninfektion oder Dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tumorbehandlung oder Bestrahlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheit (wie HIV, Hepatitis, Tuberkulose oder andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: Unterschrift :