

Fragebogen für Patientinnen / Patienten

Grund der Konsultation

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer
_____	_____	_____	_____
Strasse, Nr.	PLZ	Ort	E-mail
_____	_____	_____	_____

Krankenkasse	Versicherungsstatus	Hausarztmodell
_____	<input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Flex <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Allg. Wohnkanton <input type="checkbox"/> Halb-Privat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hausarzt	Anderer behandelnder Arzt	Ich bin bereits Patient
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich wünsche Berichtskopien an folgende Ärzte:

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Operation	Klinik	Jahr	Arzt

Hauptbeschwerden

Haben Sie andere Krankheiten?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Herz-Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche? _____
Lungen-Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche? _____
Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche? _____
Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche? _____
Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche? _____
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche? _____
Nikotin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Bemerkungen/Weitere Berichte (z.B. Arztberichte) anfordern (Wenn ja, wo?)

Datum

Unterschrift
