

Name:

Vorname:

Bei Kinder: Name Erziehungsberechtigter:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Tel. Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Empfohlen durch:

Hausarzt:

Selbstzahler ☐ Unfallversicherung ☐ Ergänzungsleistungen (AHV, IV) ☐ Sozialleistungen ☐

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Zutreffendes ankreuzen

JA

NEIN

Waren Sie in den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?

☐☐

Wenn ja, warum? _____

Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in den letzten Wochen Gerinnungshemmer eingenommen?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen,
Speisen oder Medikamente?

☐☐

Haben Sie Herzschrittmacher, Gelenkprothesen oder ähnliches?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Hatten oder haben Sie:

- Schwierigkeiten mit langem Bluten?

☐☐

- Herz- oder Kreislaufstörungen?

☐☐

- Zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?

☐☐

- Blutkrankheiten?

☐☐

- Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen?

☐☐

- Rheuma?

☐☐

- Diabetes (Zuckerkrankheit)?

☐☐

- Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?

☐☐

Hatten oder haben Sie Hepatitis (A, B, C), HIV (Aids) oder eine andere
schwere Infektionskrankheit (Tuberkulose)?

☐☐

Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

☐☐

Wenn ja, welche?

Sind Sie RaucherIn?

☐☐

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

☐☐

Patientenerklärung:

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen oder Institutionen weiterzuleiten.

Wir erlauben uns Ihnen nach der dritten Mahnung eine Gebühr von CHF 20.- zu verrechnen. Besten Dank für Ihr Verständnis.

Biel, den

Bei Kindern: Eltern/Erziehungsberechtigte/r:

Unterschrift: _____