

Personalien

Praxis Bischofstein

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach

Hr. Dr. med. P. Meier

Tel.: 061-971 25 75

Fr. Dr. med. V. Meier

Mob. 079-279 25 75

Fr. Dr. med. J. Zuppinger

info@praxis-bischofstein.ch

praxis-bischofstein@hin.ch

www.praxis-bischofstein.ch

Personalien Erwachsene und Kinder ab 16 Jahren

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon privat _____

PLZ/Ort _____ Mobiltelefon _____

Strasse _____

E-Mail _____

Beruf / Tätigkeit _____

Arbeitgeber _____ Telefon Geschäft _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse _____ Vers. Nummer _____

Ich habe eine Hausarztversicherung ☐ Nein ☐ Ja

Ich rufe die Versicherung vor jedem Arzttermin an ☐ Nein ☐ Ja

Ich habe freie Arztwahl ☐ Nein ☐ Ja

Ich bin mit dem **elektronischen Versand der Rechnung**
direkt **an die Krankenkasse** einverstanden. Ich erhalte jeweils
eine Kopie der Rechnung.

Unterschrift _____

Fragebogen Operationen / schwere Erkrankungen

Name _____

Vorname _____

Hatten Sie in Ihrem Leben Operationen / grössere Unfälle / Erkrankungen an folgenden Organen

Wenn ja, was und in welchem Lebensjahr?

☐ Mandeln _____

☐ Augen _____

☐ Hirn / Nervenbahnen _____

☐ Händen / Armen _____

☐ Rücken _____

☐ Hüften / Oberschenkel _____

☐ Knien _____

☐ Füßen _____

☐ Haut (Ausschläge / Juckreiz) _____

☐ Darm / Blinddarm _____

weibliche Brust

☐ Zyste _____

☐ Tumor _____

☐ anderes _____

☐ Gebärmutter _____

☐ Eierstöcke _____

☐ Hoden / Penis _____

☐ Knochenbrüche _____

☐ Psychische Erkrankungen _____

☐ mit Klinikaufenthalt

Ich bin ☐ Nichtraucher ☐ Exraucher seit ☐ Raucher

_____ Zigaretten (Anzahl) / Tag oder _____ Zigaretten (Anzahl) / Woche

Medikamente

Name _____

Vorname _____

Medikamente

Ich benutze **folgende Medikamente** mit den entsprechenden Dosierungen:

Inkl. Nahrungsergänzungsmittel, Spritzen, Gele, Crèmes, Pflaster, Hormone oder Verhütungsmittel

Produkt / Medikament mit Stärkenangaben (mg / g)	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

☐ Ich nehme *keine Medikamente* ein

☐ Ich konsumiere Algenprodukte (Spirulina, Chlorella etc.)

☐ Ich konsumiere Stuhlregulatoren (Leinsamen, Chia-Samen, Feigensirup, etc.)

Falls **neue Medikamente dazu kommen**, bitten wir um **Benachrichtigung**