

Informationen zur Anmeldung

Praxis Bischofstein
Hr. Dr. med. P. Meier
Fr. Dr. med. V. Meier
Fr. Dr. med. J. Zuppinger

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach
Tel.: 061-971 25 75
Mob. 079-279 25 75
info@praxis-bischofstein.ch
praxis-bischofstein@hin.ch
www.praxis-bischofstein.ch

- Füllen Sie die Anmeldeformulare bitte vollständig aus und schicken sie an die Praxis. Aufgrund von diesen Angaben überlegen wir uns, wie wir die Abklärung möglichst zielgerichtet angehen können. Unfertig ausgefüllte Anmeldungen oder Anmeldungen mit fehlenden Unterschriften müssen wir leider wieder an Sie zurückschicken. Da wir die Anmeldungen der Reihe nach bearbeiten, entsteht dadurch eine Verzögerung.
- Die Anmeldung wird von einem Arzt sorgfältig gelesen und bearbeitet. Sie werden entweder per Telefon, Mail oder Brief (per Mail und ein paar Tage später auch per Post) innerhalb von einem Monat kontaktiert. Der Brief enthält manchmal Empfehlungen für Broschüren aus der Praxis (siehe Webpage) und konkrete Möglichkeiten, die Wartezeit bis zur Abklärung zu überbrücken.
- Der persönlich an Sie gerichtete Brief enthält konkrete Empfehlungen für die Abklärung. Ziel ist ein schlanker Prozess, so dass Ihre Besuche in der Praxis möglichst gut ausgenutzt werden können. Ein grosser Teil der Besprechungen ist dann per Mail oder Telefon möglich.

Aufgrund von vielen Anmeldungen entstehen häufig Wartezeiten bis zum ersten Termin in der Praxis. Auf unserer Webpage finden Sie Informationsbroschüren, welche helfen können, erste Schritte einzuleiten wie zum Beispiel eine Zucker-arme Ernährung. Broschüren sind auch eine Möglichkeit, wenn die Hausarzt-Überweisung zur Abklärung verweigert wird. Auf der Webpage ist eine Liste der am häufigsten verwendeten und bestellbaren Broschüren.

Beachten Sie bitte: sobald die Anmeldung bei uns eingetroffen ist, kümmert sich ein Arzt um Ihr Anliegen. Die anfallenden Leistungen werden nach Tarmed in Rechnung gestellt und von der Krankenkasse übernommen, sofern die Leistungen der Krankenkasse nicht über ein Hausarztmodell oder eine hohe Franchise bzw. nicht bezahlte Prämien eingeschränkt sind.

Ich bin bereit, die anfallenden Kosten selber zu tragen, wenn ich eine Hausarztversicherung habe und vom Hausarzt nicht überwiesen werde (im Zweifelsfall gibt die Versicherungspolice oder die Krankenkasse Auskunft über Ihre Versicherungsart)

Bei inkassorechtlichen Massnahmen entbinde ich hiermit die Ärzte von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf Rechnungen gegenüber Drittpersonen.

Ort und Datum

Unterschrift

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

Unterschrift _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Praxis Bischofstein

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach

Tel.: 061-971 25 75 - Mob. 079-279 25 75

praxis-bischofstein@hin.ch

www.praxis-bischofstein.ch

Angaben zum Hausarzt

Bei einer **Hausarztversicherung** brauchen Sie eine **Überweisung** von der Hausärztin / vom Hausarzt, damit die Rechnung von der Krankenkasse übernommen wird. Wenn sie / er mit der Abklärung einverstanden ist, können Sie es sich auf diesem Blatt bestätigen lassen.

Name, Vorname des Arztes _____

Datenschutzkonformes Email _____

Unterschrift und Stempel der Hausärztin / des Hausarztes

Die Patient*innen sind angehalten, die Laborbefunde / Mails an die überweisenden Ärzte weiterzuleiten.

Kommunikation und Berichte

Wir bevorzugen die elektronische Kommunikation mit den Patient*innen, weil wir damit Zeit sparen.

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir Berichte und Laborblätter etc. per Mail zugestellt werden. Für einen einfachen Datentransfer aus der Praxis gemäss aktuellen Datenschutz-Richtlinien empfehlen wir die Installation der **Medical Safe app** auf Ihrem Mobiltelefon (gratis). Beim ersten Termin in der Praxis bekommen Sie von uns den QR-Code, um die App zu aktivieren. Im Anschluss daran können Sie die Berichte auf dem Handy oder auf dem PC herunterladen, speichern oder sie ausdrucken. Weitere Information zum Datenaustausch finden Sie auf der Webpage der Praxis.
- Stellen Sie mir die Berichte und Laborblätter etc. ausschliesslich per Post zu.
- Ich übernehme die Verantwortung, Laborblätter und Berichte an meinen Hausarzt / -ärztin weiterzugeben. Bei einer Überweisung durch eine Ärztin oder einen Arzt ist es Pflicht, sie /ihn zu informieren.

Datum _____

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

Bitte **bringen** Sie **Untersuchungsergebnisse zum Termin mit**, welche **im Zusammenhang** mit den jetzigen **Beschwerden** stehen (möglichst **Originale**) (z.B. Arzt-, Spital- und Labor-Berichte). Sie erhalten die Unterlagen nach dem Einscannen wieder zurück.

Gesundheitsfragebogen für Patienten 1

Name _____

Vorname _____

Wie oft fühlen Sie sich durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nie	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperschmerzen anschliessend an körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Beinen beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Ermüdbarkeit bei körperlicher Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen, Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck auf der Brust bei körperlicher Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei körperlicher Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit, Lufthunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronischer Husten / Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen, Herzrasen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit / übermässige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe / es fällt schwer still zu sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten 2

Name _____

Vorname _____

Wie oft fühlen Sie sich durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nie	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Schmerzen beim Wasserlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Wasserlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unabsichtlicher Urinverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Männern: Nachträufeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlösen in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermässiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervöser Darm oder andere Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl Stuhlgang pro Tag _____

Farbe vom Stuhlgang _____

Haben Sie während den letzten Monaten....

Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abführ - Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten 3

Name _____

Vorname _____

Wie oft fühlen Sie sich durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nie	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Tag Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
Haben / hatten Sie Angstattacken (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht es Ihnen im Sommer wesentlich besser als im Winter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>was</u> und <u>wie viel</u> Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie öfter - <u>in einem Zeitraum von 2 Stunden</u> - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich <u>gross</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufige Blaseninfekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Heuschnupfen / Pollenallergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark fühlen Sie sich durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nicht	wenig	stark
Haarausfall (Kopfhaare / Körperhaare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut, Hautausschläge (Ekzeme / Schuppenflechte / Juckreiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder andere Beschwerden bei der Monatsblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder andere Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswirkungen der Beschwerden auf den Alltag

	nicht erschwert	etwas erschwert	stark erschwert	extrem erschwert
Privat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten 4

Name _____

Vorname _____

Fragen zum Thema „Schlaf“

	nie	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Haben Sie ein vermehrtes Schlafbedürfnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie am Morgen ausgeruht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie mehrfach auf in der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Sie in der Nacht lange wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie nächtliche Schweissausbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemaussetzer im Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in der Nacht unruhige Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Husten / Heiserkeit / Nasenlaufen nachts oder am Morgen nach dem Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? _____

Fragen zum Thema „Bewegung & Sport“

	nie	selten	regelmässig
Machen Sie Krafttraining?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie Lauftraining?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahren Sie Fahrrad? (Freizeit / Arbeitsweg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie längere Strecken zu Fuss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anderer regelmässiger Sport? _____

Zeichnen Sie auf dieser Skala ein, wie Sie ihre Lebensenergie und Schaffenskraft einschätzen

keine Energie (erschöpft)

voller Energie



Fragebogen Ernährung

Name _____

Vorname _____

Ernährungsgewohnheiten vor einer Umstellung

Falls Sie bereits mit einer fruktosearmen Diät angefangen haben, bitten wir Sie, dieses Formular so auszufüllen, wie Sie **vor** der **Ernährungsumstellung** gegessen haben.

Früchte _____ Anzahl pro Tag _____ Anzahl pro Woche nie

Dörrfrüchte (kl. Portion) _____ pro Woche nie

Süssgetränke / Fruchtsäfte _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche nie

Energy-Drinks _____ Dosen pro Woche nie

Milchmischgetränke, Emmidrink etc. _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche nie

Latte macch., Cafe Latte gezuckert etc. _____ Becher pro Woche nie

Dessert _____ Anzahl pro Woche nie

gezuckerte Joghurt (180g) _____ Anzahl pro Woche nie

Süssgebäck (1 Stück), Kleingebäck (pro 2-3) _____ Anzahl pro Woche nie

Schokolade (1 Reihe / 2 Pralinen) _____ Anzahl pro Woche nie

Schokoladestängel, Mars etc _____ Anzahl pro Woche nie

Kaugummi / Bonbons / Haribo etc. täglich regelmässig selten nie

Knoblauch / Zwiebeln (roh / gekocht) täglich regelmässig selten nie

Alkoholische Getränke täglich regelmässig selten nie

Tägliche Trinkmenge -> Total (Mineralwasser, Tee, Kaffee, etc.) _____ Liter pro Tag

Ich esse Milchprodukte Fisch Eier
 Fleisch Meeresfrüchte keine tierischen Produkte (vegane Kost)
 spez. Ernährungsform _____

gemiedene Nahrungsmittel _____

Ich bin Nichtraucher Exraucher Raucher

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

Fragebogen nach einer Ernährungsumstellung

Name _____

Vorname _____

Ernährungsgewohnheiten nach einer Umstellung

Füllen Sie diese Seite aus, wenn Sie die Ernährung umgestellt haben. Ist dies erst **nach der Anmeldung** geschehen, bringen Sie bitte diese Seite **ausgefüllt zum ersten Termin** in der Praxis mit.

Seit wann, haben Sie die Ernährung umgestellt? _____

Früchte _____ Anzahl pro Tag _____ Anzahl pro Woche nie

Dörrfrüchte (kl. Portion) _____ pro Woche nie

Süssgetränke / Fruchtsäfte _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche nie

Energy-Drinks _____ Dosen pro Woche nie

Milchmischgetränke, Emmidrink etc. _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche nie

Latte macch., Cafe Latte gezuckert etc. _____ Becher pro Woche nie

Dessert _____ Anzahl pro Woche nie

gezuckerte Joghurt (180g) _____ Anzahl pro Woche nie

Süssgebäck (1 Stück), Kleingebäck (pro 2-3) _____ Anzahl pro Woche nie

Schokolade (1 Reihe / 2 Pralinen) _____ Anzahl pro Woche nie

Schokoladestängel, Mars etc _____ Anzahl pro Woche nie

Kaugummi / Bonbons / Haribo etc. täglich regelmässig selten nie

Knoblauch / Zwiebeln (roh / gekocht) täglich regelmässig selten nie

Alkoholische Getränke täglich regelmässig selten nie

Seit der Umstellung neu gemiedene Nahrungsmittel _____

Haben sich die Beschwerden durch die Umstellung verändert?

verschlechtert unverändert gebessert

Ist etwas Besonderes dabei passiert? _____
