

# Informationen zur Anmeldung

- 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 innerhalb von einem Monat kontaktiert.
- Der persönlich an Sie gerichtete Brief enthält konkrete Empfehlungen für die Abklärung. Ziel ist ein schlanker Prozess, so dass Ihre Besuche in der Praxis gut ausgenutzt werden können. Die nachfolgenden Besprechungen werden nach Möglichkeit per Mail, Telefon oder Zoom-Meetings stattfinden.
- Aufgrund von vielen Anmeldungen entstehen häufig Wartezeiten bis zum ersten Termin in der Praxis. Diese Zeit kann mit folgenden Möglichkeiten überbrückt werden:
  - o Sehr häufig sind Nahrungsmittelprobleme ein Teil der Ursache. Mit Hilfe der **Broschüren** können Sie erste Versuche einer Ernährungsumstellung starten. Sie finden alle Broschüren und das Bestellformular auf unserer Webpage. Broschüren sind auch eine finanziell günstige Möglichkeit für jene, welche keine Hausarzt-Überweisung zur Abklärung bekommen. Wer sich für eine Abklärung angemeldet hat, kann die Broschüren direkt mit der Anmeldung oder auch per Mail / Telefon und nicht über das Bestellformular anfordern.
  - o **Online Kurse (Webinare über Zoom)**. Grundlegende, allgemeine Informationen werden mit einfachen Worten vermittelt, sodass keine Voraussetzungen zum Besuch nötig sind. Die neuste Einladung ist jeweils auf der Webpage publiziert.

*Beachten Sie bitte: sobald die Anmeldung bei uns eingetroffen ist, wird sie von einem Arzt bearbeitet. Die anfallenden Leistungen werden nach Tarmed in Rechnung gestellt und von der Krankenkasse übernommen, sofern die Leistungen der Krankenkasse nicht über eine Hausarzt-Versicherung 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)*

**Ich bin mit der Führung einer elektronischen Krankengeschichte einverstanden. Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an externe Rechnungssteller als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen.**

**Ich bin mit diesem Vorgehen einverstanden**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Personalien

**Gemeinschaftspraxis Bischofstein**

**Dr. med. Peter Meier**

**Dr. med. Verena Meier**

**Dr. med. Joanna Zuppinger**

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach

Tel.: 061-971 25 75

Fax: 061-971 53 13

info@praxis-bischofstein.ch

www.praxis-bischofstein.ch

*Mit dieser Anmeldung bekommt Ihr Kind einen Termin zum Fruchtzucker-Test ohne weitere Abklärung.*

*Falls Sie eine vollständige Beurteilung wünschen, füllen Sie bitte die Anmeldung für eine umfassende Abklärung aus.*

## Personalien des Kindes (bis und mit 12 Jahren)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name & Vorname der Mutter oder des Vaters \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Natel privat \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers. Nummer \_\_\_\_\_

Mein Kind hat eine Hausarztversicherung  Nein  Ja

Ich bin mit dem **elektronischen Versand der Rechnung**  
direkt **an die Krankenkasse** einverstanden  Nein  Ja

Wenn Ja, wünsche ich eine Kopie der Rechnung  Nein  Ja

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

01/21

Datum \_\_\_\_\_

# Hausarzt und Kommunikation

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Gemeinschaftspraxis Bischofstein**

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach

Tel.: 061-971 25 75 - Fax: 061-971 53 13

info@praxis-bischofstein.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 \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Aus Zeitgründen ist es uns nicht möglich, zeitaufwändige Arztberichte zu schreiben. Sämtliche erhobenen Laborbefunde werden ausführlich kommentiert an die PatientInnen versandt mit dem Hinweis, die Daten an Sie weiter zu leiten. Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.**

Unterschrift und Stempel vom Kinderarzt / Kinderärztin

---

---

## Kommunikation und Berichte

Wir bevorzugen die elektronische Kommunikation aus ökologischen Gründen. Mails sparen Zeit, weshalb Sie die Resultate per Mail meistens schneller erhalten als per Briefpost.

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir Berichte und Laborblätter etc. per Mail zugestellt werden  
 Nein, stellen Sie mir die Berichte und Laborblätter etc. ausschliesslich per Post zu

Bei einer Hausarztversicherung sind Sie verpflichtet, die Laborberichte an den überweisenden Arzt weiter zu leiten. Die Verantwortung für eine Verlängerung der Überweisung liegt somit bei Ihnen.

Alle Ärzte in unserer Praxis sind in einzelnen Teilgebieten der Medizin speziell ausgebildet. Um eine optimale medizinische Betreuung zu gewährleisten, ist es möglich, dass sie von unterschiedlichen Ärzten in der Praxis behandelt werden. Deshalb ist es notwendig, dass die Überweisung für alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis Bischofstein gilt und alle Ärzte Einsichtsrecht in Ihre Krankenakten haben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

# Fragebogen Beschwerden und Ernährung

Name \_\_\_\_\_

Länge \_\_\_\_\_cm

Vorname \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_kg

## Hat Ihr Kind folgende Beschwerden?

	nie	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
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"/>

Anzahl Stuhlgang pro Tag \_\_\_\_\_

## Aktuelle Ernährungsgewohnheiten

<b>Früchte</b>	_____ Anzahl pro Tag	_____ Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Dörrfrüchte (kl. Portion)</b>		_____ pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Süssgetränke / Fruchtsäfte</b>		_____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Energy-Drinks</b>		_____ Dosen pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Milchmischgetränke, Emmidrink etc.</b>		_____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Latte macch., Cafe Latte gezuckert etc.</b>		_____ Becher pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Dessert</b>		_____ Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>gezuckerte Joghurt (180g)</b>		_____ Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Süssgebäck (1 Stück), Kleingebäck (pro 2-3)</b>		_____ Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Schokolade (1 Reihe / 2 Pralinen)</b>		_____ Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Schokoladestängel, Mars etc</b>		_____ Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie
<b>Kaugummi / Bonbons / Haribo etc.</b>	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> regelmässig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
<b>Knoblauch / Zwiebeln (roh / gekocht)</b>	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> regelmässig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie

# Fragebogen Erkrankungen und Medikamente

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Operationen / grössere Unfälle / Erkrankungen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Medikamente

Ich nehme **folgende Medikamente** mit den entsprechenden Dosierungen regelmässig **ein**:  
*Inkl. Nahrungsergänzungsmittel, Verhütungsmittel wie Pille, NuvaRing, Evra-Pflaster*

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

Mein Kind bekommt spezielle Nahrungsergänzungsmittel (Pulver, Riegel, Drinks, etc.)

Mein Kind mag folgende Nahrungsmittel nicht

---

---

Ich möchte, dass meinem Kind Blut genommen wird folgende Tests: Blutbild, Eisen, Vitamin D