

Personalien

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

Personalien des Kindes (bis und mit 15 Jahren)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Name & Vorname der Mutter oder des Vaters _____

Telefon privat _____ Mobile _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Email _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse _____ Vers. Nummer _____

Mein Kind hat eine Hausarztversicherung ☐ Nein ☐ Ja

Wir rufen die Versicherung vor jedem Arzttermin an ☐ Nein ☐ Ja

Mein Kind hat 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 eines Erziehungsberechtigten _____

Fragebogen Operationen / schwere Erkrankungen

Name _____

Vorname _____

Hatte Ihr Kind 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 _____
- ☐ Sexualorgane _____
- ☐ Knochenbrüche _____

☐ anderes _____

☐ Stimmung, AD(H)S, Autismus _____

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.

Fragebogen frühe Kindheit / Medikamente

Name _____

Vorname _____

Schwangerschaft, Geburt, frühe Kindheit

Gibt es spezielle Ereignisse rund um Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit von Ihrem Kind.

Medikamente

Mein Kind **nimmt** regelmässig **folgende Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein** Übelkeit

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

☐ Mein Kind nimmt *keine Medikamente* ein

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