

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

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 (häufig der Kinderarzt) 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 eines Erziehungsberechtigten _____

07/16

Datum _____

Hausarzt und Kommunikation

Name _____

Praxis Bischofstein

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach

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

praxis-bischofstein@hin.ch

Vorname _____

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 des Kinderarztes / der Kinderärztin

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.
- Nein, 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 eines Erziehungsberechtigten _____

Fragebogen Beschwerden

Datum _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Länge _____cm

Gewicht _____kg

Welche Beschwerden Ihres Kindes führen dazu, dass Sie einen Termin abmachen möchten?

Seit wann hat Ihr Kind Beschwerden?

Hatte Ihr Kind schon Eisenmangel? Nein Ja

Wenn ja, Therapie mit Eisentabletten Tropfen Eiseninfusionen

Hat Ihr Kind eine Fruchtzucker-reduzierte Ernährung ausprobiert?

Nein → **füllen** Sie bitte **Seite 8** (Ernährungsgewohnheiten) aus

Ja → **füllen** Sie bitte **Seite 8 und 9** (Ernährungsgewohnheiten und -umstellung) aus

Durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

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 _____

Psychische Erkrankungen _____

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 Kinder 1

Name _____

Vorname _____

Klagt Ihr Kind über:

	nie	selten	häufig
Schmerzen im Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen, Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen anschliessend an körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Ermüdbarkeit bei körperlicher Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen, Herzrasen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tag, Kraftlosigkeit, wenig Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Wasserlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Kinder 2

Name _____

Vorname _____

Hat Ihr Kind...

	Ja	Nein
Heuschnupfen / Pollenallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere diagnostizierte Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufiger als andere Kinder Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besonders trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge (Ekzeme / Schuppenflechte / Juckreiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr wenig Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein übermässiges Bedürfnis zu essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen für Kinder ab 6 Jahren

	Ja	Nein
Fällt es Ihrem Kind schwer, still zu sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind reizbar, überempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind besonders ängstlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind häufig traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Probleme in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt Ihr Kind ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verliert Ihr Kind unabsichtlich Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht es Ihrem Kind im Sommer wesentlich besser als im Winter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind Sport ausserhalb der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Durchschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind in der Nacht etwa ? _____

Fragebogen Ernährung

Name _____

Vorname _____

Ernährungsgewohnheiten

Falls Ihr Kind bereits mit einer fruktosearmen Diät angefangen hat, bitten wir Sie, dieses Formular so auszufüllen, wie das Kind **vor** der **Ernährungsumstellung** gegessen hat

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Früchte | _____ Anzahl pro Tag | _____ Anzahl pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Dörrfrüchte (kl. Portion) | | _____ pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Süssgetränke/Fruchtsäfte | | _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Energy-Drinks | | _____ Dosen pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Milchmischgetränke, Emmidrink etc. | | _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Latte macch., Cafe Latte gezuckert etc. | | _____ Becher pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Dessert | | _____ Anzahl pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| gezuckerte Joghurt (180g) | | _____ Anzahl pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Süssgebäck (1 Stück), Kleingebäck (pro 2-3) | | _____ Anzahl pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Schokolade (1 Reihe / 2 Pralinen) | | _____ Anzahl pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Schokoladestängel, Mars etc | | _____ Anzahl pro Woche | <input type="checkbox"/> | nie |
| Kaugummi/Bonbons/Haribo etc. | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> regelmässig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Knoblauch / Zwiebeln (roh / gekocht) | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> regelmässig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Alkoholische Getränke | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> unbekannt | |
| Mein Kind isst | <input type="checkbox"/> Milchprodukte | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fleisch | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fisch | | | |
| | <input type="checkbox"/> Eier | | | |
| | <input type="checkbox"/> keine tierischen Produkte (vegane Kost) | | | |

Mein Kind mag folgende Nahrungsmittel nicht _____

Mein Kind raucht Nein Ja

Fragebogen Ernährungsumstellung

Name _____

Vorname _____

Ernährungsgewohnheiten nach einer Umstellung

Füllen Sie diese Seite aus, wenn Sie die Ernährung Ihres Kindes verändert 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 (1 dl = kl. Glas) / Woche nie

Energy-Drinks _____ Dosen pro Woche nie

Milchmischgetränke, Emmidrink etc. _____ dl (1 dl = 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

Seit der Umstellung neu gemiedene Nahrungsmittel _____

Haben sich die Beschwerden durch die Umstellung verändert?

verschlechtert unverändert gebessert

Ist etwas Besonderes dabei passiert? _____
