

Informationen zur Anmeldung

Für eine bevorstehende zahnärztliche Behandlung (mit geplanten Operationen), möchten Sie sich optimal vorbereiten. Dazu benötigen wir Angaben zu Ihren Beschwerden und der gesundheitlichen Situation, da die Gesundheit des Körpers mit den Zähnen verbunden ist.

Füllen Sie deshalb bitte die Anmeldeformulare vollständig aus und schicken diese an die Praxis. Aufgrund dieser 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 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.

Broschüren: Falls Sie interessiert sind, sich zu verschiedenen aktuellen Themen einzulesen, können Sie Broschüren über das Bestellformular auf unserer Webpage bestellen. 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.

Online Kurse (Webinare über Zoom). Grundlegende, allgemeine Informationen werden mit einfachen Worten vermittelt, sodass für die Teilnahme keine Voraussetzungen notwendig 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

Praxis 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

Personalien Erwachsene (ab 13 Jahren)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon privat _____

PLZ/Ort _____

Natel privat _____

Strasse _____

Email _____

Beruf / Tätigkeit _____

Arbeitgeber _____

Telefon Geschäft _____

Angaben zur Krankenkasse

- ☐ Ich habe in der Schweiz freie Arztwahl
- ☐ Ich werde überwiesen (Hausarzt- / Telmed-Versicherung)
- ☐ Ich übernehme die Kosten (gemäss Tarmed) als Selbstzahlerleistung

Krankenkasse _____

Vers. Nummer _____

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 _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Praxis Bischofstein

Hauptstrasse 40 - 4450 Sissach

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

info@praxis-bischofstein.ch

www.praxis-bischofstein.ch

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.

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.

Name, Vorname des Arztes _____

Email _____

Unterschrift und Stempel der Hausärztin / des Hausarztes

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 _____

Fragebogen Beschwerden

Name, Vorname _____

Länge _____ cm Gewicht _____ kg

Gesundheitliche Beschwerden

Haben Sie Erkrankungen, welche behandelt werden?

Wurden Sie operiert?

Haben Sie eine chronische Infektion (z.B. Hepatitis)?

Nehmen Sie Medikamente, Hormone oder Verhütungsmittel?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bringen Sie diese zum ersten Termin mit oder senden Sie uns Fotos der Zusammensetzung bzw. einen Link zu den Produkten

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

keine Energie (erschöpft)

voller Energie

Fragebogen Gesundheit 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	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐
Schnelle Ermüdbarkeit bei körperlicher Betätigung	☐	☐	☐	☐
Muskelverspannungen, Muskelkrämpfe	☐	☐	☐	☐
Druck auf der Brust bei körperlicher Aktivität	☐	☐	☐	☐
Kurzatmigkeit, Lufthunger, Asthma	☐	☐	☐	☐
Chronischer Husten / Auswurf	☐	☐	☐	☐
Herzklopfen, Herzrasen oder Herzstolpern	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel	☐	☐	☐	☐
Ängstlichkeit / übermässige Besorgnis	☐	☐	☐	☐
Innere Unruhe / es fällt schwer still zu sitzen	☐	☐	☐	☐
Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	☐	☐	☐	☐
Wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Schmerzen beim Wasserlösen	☐	☐	☐	☐
Unabsichtlicher Urinverlust	☐	☐	☐	☐
Harndrang	☐	☐	☐	☐
Verminderter Appetit	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen, Blähungen	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐
Hämorrhoiden	☐	☐	☐	☐
Schmerzen beim Stuhlgang	☐	☐	☐	☐

Anzahl Stuhlgang pro Tag _____

Fragebogen Gesundheit 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
Sind Sie tagsüber müde und nicht ausgeruht?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie an Schlafstörungen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie nächtliche Schweissausbrüche?	☐	☐	☐	☐
Schnarchen Sie, oder haben Sie Atemaussetzer?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie in der Nacht unruhige Beine?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Husten / Heiserkeit / Nasenlaufen nachts oder am Morgen nach dem Aufstehen	☐	☐	☐	☐

Ich bin ☐ Nichtraucher ☐ Exraucher ☐ Raucher

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

Ernährungsgewohnheiten

Früchte _____ Anzahl pro Tag _____ Anzahl pro Woche

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

gezuckerte Milchgetränke _____ dl (1dl = kl. Glas) / Woche

Süss-Speisen, Gebäck, Schokolade ☐ täglich ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

gezuckerte Joghurt (180g) ☐ täglich ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Alkoholische Getränke ☐ täglich ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Ich esse ☐ Milchprodukte ☐ Fisch ☐ Eier
☐ Fleisch ☐ Meeresfrüchte ☐ keine tierischen Produkte (vegane Kost)

spez. Ernährungsform _____

gemiedene Nahrungsmittel _____

Fragebogen Gesicht

Name, Vorname _____

Haben Sie Beschwerden im Mund / an den Zähnen?

Fragen zu Gesicht, Zahnmaterialien und Metallen:

	Ja	Nein
Erkranken Sie häufig an Infektionen?	☐	☐
Haben Sie Heuschnupfen / Pollenallergien?	☐	☐
Haben Sie häufig Schnupfen / Probleme mit den Nasennebenhöhlen?	☐	☐
Haben Sie Ohrgeräusche / Tinnitus?	☐	☐
Haben Sie Zungenbrennen, Missempfindungen im Mund?	☐	☐
Haben Sie Schmerzen in Mund / Kiefer / Kiefergelenk	☐	☐
Haben Sie häufig Zahnfleischbluten?	☐	☐
Haben Sie häufig Aften?	☐	☐
Haben Sie Farbveränderungen im Mund?	☐	☐
Haben Sie schwarze Zahn-Füllungen (Amalgam)?	☐	☐
Haben Sie Wurzelfüllungen?	☐	☐
Wurden Ihnen Zähne gezogen?	☐	☐
Tragen Sie Zahnprothesen, überkronte Zähne oder fix montierte Brücken?	☐	☐
Haben Sie Zahnimplantate?	☐	☐
Tragen Sie eine Zahnsperre, Nachtschiene oder Retainer (Fixierdraht)?	☐	☐
Wurden Ihnen Metallplatten, Schrauben oder künstliche Gelenke eingesetzt?	☐	☐
Wurde Ihnen Stents oder ein Schrittmacher eingepflanzt?	☐	☐
Haben Sie Allergien auf Metalle z.B. Schmuck, Metallknöpfe?	☐	☐
Kommen Sie häufig in Kontakt mit giftigen Stoffen?	☐	☐

Welche? _____