



Personalien

Name: Vorname: Geb.datum:
Adresse: PLZ: Ort:
Tel P: Tel G: Mobil:
Email: Zivilstand: Nationalität:
Beruf: Arbeitgeber:

Gesundheitsfragebogen

(alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis)

Hausarzt (Name/Adresse/Tel) :

1. Waren Sie in den letzter Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja nein
2. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein ? ja nein
wenn ja, welche: _____
3. Hatten Sie jemals ungewohnte Reaktionen beim Zahnarzt ? ja nein
4. Nehmen Sie medikamentöse Blutverdünner ? ja nein
5. Leiden / Litten Sie unter:
 - Allergien ? Haben Sie einen Allergiepass ? ja nein
wenn ja, Allergien auf was: _____
 - Herz-Kreislaufstörungen ? ja nein
 - Hohem Blutdruck ? ja nein
 - Herzoperationen ? ja nein
 - Benötigen Sie Endokardititsprophylaxe ? ja nein
 - Embolien ? Thrombosen ? ja nein
 - Herzschrittmacher ? ja nein
 - Grünem Star (hoher Augendruck) ? ja nein
 - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ? ja nein
 - Leber- oder Nierenerkrankungen ? ja nein
 - Atemwegs- / Lungenerkrankungen ? ja nein
 - Rheumatische Erkrankungen ? ja nein
 - Osteoporose ? ja nein
 - Künstliche Gelenke (Hüfte, Knie usw.) ? ja nein
 - Epilepsie ? ja nein
 - Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose, Hepatitis) ? ja nein
 - andere Krankheiten ? ja nein
wenn ja, welche: _____
6. Sind Sie RaucherIn ? ja nein
7. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ? ja nein

Mein(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, medizinische Angaben zu meinem Gesundheitszustand zu machen. Ich erteile Ihnen die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Krankenkasse (oder eine andere Verrechnungsstelle) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt weiterzuleiten.

Datum: Unterschrift:
(des gesetzlichen Vertreters)