

## Anmeldeformular

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

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ Bei Kindern: Eltern/Erziehungsberechtigte/r

**Strasse** \_\_\_\_\_ **Plz/Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon Privat** \_\_\_\_\_ **Telefon Geschäft** \_\_\_\_\_

**Telefon Mobil** \_\_\_\_\_ **E-Mail** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Empfohlen durch** \_\_\_\_\_ **Hausarzt** \_\_\_\_\_

**Selbstzahler** Ja  Nein  Wenn Nein, Kostenträger:  Sozialdienst  IV/AHV/ EL  Andere:

Ja Nein

- Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung ? \_\_\_\_\_
- Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmässig ? \_\_\_\_\_
- Haben Sie in den letzten Wochen Gerinnungshemmer eingenommen? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen, Speisen oder  
Medikamente? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie jemals:
- Schwierigkeiten mit langem Bluten? \_\_\_\_\_
- Herz- oder Kreislaufstörungen? \_\_\_\_\_
- zu hohen oder zu tiefen Blutdruck? \_\_\_\_\_
- Blutkrankheiten? \_\_\_\_\_
- Diabetes (Zuckerkrankheit)? \_\_\_\_\_
- Asthma, Heuschnupfen, oder andere Allergien? \_\_\_\_\_
- Magen- oder Duodenalulcus? \_\_\_\_\_
- schweres Rheuma? \_\_\_\_\_
- Virus-Hepatitis? \_\_\_\_\_
- andere ernsthafte Erkrankungen? \_\_\_\_\_
- Sind Sie HIV+ (Aids)? \_\_\_\_\_
- Sind Sie Raucher/in? \_\_\_\_\_
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Patientenerklärung:

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, Einsicht in meine Krankenakten zu nehmen und für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen oder Institutionen weiterzuleiten.

**Biel, den** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_