

Patientenstammblatt

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
PLZ:		Nationalität:	
Wohnort:		Konfession:	
Strasse:			
Bürgerort:			
Telefonnummer:			
Natel:		Tel.-Geschäft:	
E-Mail:			
Beruf:			
Arbeitgeber:			
<input type="checkbox"/> Notfallkontakt		<input type="checkbox"/> Bezugsperson	
Name:		Vorname:	
Strasse:			
PLZ:		Wohnort:	
Telefonnummer:		Natel:	
Hausarzt:			
Krankenkasse:			
<input type="checkbox"/> freie Arztwahl		<input type="checkbox"/> Hausarztmodell	
Spitalversicherung: <input type="checkbox"/> Allgemeinbehandlung		<input type="checkbox"/> Halbprivat	
<input type="checkbox"/> Privat		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Ich wünsche das Abrechnungssystem:		<input type="checkbox"/> Rechnung an KK (Tiers payant)	
		<input type="checkbox"/> Rechnung an Patient (Tiers garant)	
Ich ermächtige meinen Arzt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.			
Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch an den Versicherungsträger übermitteln kann und führen einer elektronischen Krankengeschichte.			
Ort:	Datum:	Unterschrift:	

Patientenanamnese

Ihre optimale Betreuung und Behandlung liegt uns sehr am Herzen. Deswegen ist es für uns wichtig, Sie als Person besser kennenzulernen und mehr über Ihre Gesundheit und Krankheit zu erfahren. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben. Das Beantworten der Fragen geschieht auf freiwilliger Basis- falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten wollen, dürfen Sie diese selbstverständlich auslassen.

Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, helfen wir Ihnen gerne.

Haben Sie eine Patientenverfügung?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Trinken Sie regelmässig Alkohol?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel pro Woche?

1-2 mal

2-4 mal

4-6 mal

täglich

Haben Sie Allergien?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente:

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Persönliche Anamnese:

(Durch MPA auszufüllen)

Grösse:

Gewicht:

BMI:

Blutdruck:

liegend

sitzend

Puls:

links

rechts

Freizeitgestaltung/ Hobbies:

Treiben Sie regelmässig Sport?

Ja

Nein

Gelegentlich

Wenn ja, welche Sportart?

Wie oft pro Woche treiben Sie Sport?

1-2 mal

3-4 mal

5-6 mal

mehr als 6 mal

Hilfsmittel:

Brille

Kontaktlinsen

Hörgerät/e

Perücke

Gehstöcke

Rollator

Rollstuhl

sonstige

Zahnprothese:

Ja

Nein

Selbstständigkeit:	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> auf Unterstützung angewiesen
Spitex	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Name/ Adresse Spitex:	_____	
Seit wann?	_____	
Wie oft?	_____	
Sozialanamnese:		
Kinder:	Anzahl:	_____
	Geschlecht:	_____
	Jahrgang:	_____
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Altersheim
	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen
Berufstätig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Klinische Anamnese:		
Bekannte Diagnosen:	_____	

Mitbehandelnde Ärzte/ Spitäler/ Institute (in regelmässiger Behandlung/ Betreuung bei)		
Name, Vorname	_____	
Adresse:	_____	in Behandlung seit: _____
Name, Vorname	_____	
Adresse:	_____	in Behandlung seit: _____
Name, Vorname	_____	
Adresse:	_____	in Behandlung seit: _____
<u>Herz-/ Kreislaufkrankung:</u>		
Stattgehabter Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekannte Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schrittmacher/ Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stattgehabter Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hiermit bestätige ich die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.		
Ort:	Datum:	Unterschrift:
_____	_____	_____