

**Willkommen in unserer Praxis - Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen**

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Zivilstand	
Strasse	PLZ/Ort	
Tel.privat	Tel. G	Natel
Arbeitgeber mit Adresse		
Beruf	angestellt <input type="checkbox"/>	selbständig <input type="checkbox"/>
E-Mailadresse		
Krankenkasse/Unfallversicherung		Vers.Nr.
Spitalbehandlung	allgemein <input type="checkbox"/>	halbprivat <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
zuweisender Arzt	Hausarzt	
Meine Beschwerden:		
Meine medizinische Vorgeschichte / Erkrankungen, Operationen, Spitalbehandlungen:		
Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappe	Ja	Nein
Meine derzeitigen Medikamente:		
Blutverdünnung, wie Aspirin, Tiatral, Plavix, Marcumar oder Sintrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wie haben Sie von uns erfahren?</b>	<input type="checkbox"/> Hausarzt/zuweisender Arzt	
	<input type="checkbox"/> Andere: .....	
Dürfen wir für unsere elektronische Akte ein Foto von Ihnen aufnehmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dürfen wir für Sie mit der Krankenkasse direkt abrechnen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Arztrechnung:</b> Wir rechnen die Leistungen über Curaprax (Swisscom) ab. Sie erhalten eine Rechnung entweder direkt von Curaprax oder von Ihrer Krankenversicherung. Zu Fragen Ihrer Rechnung von Curaprax Tel.Nr. 58 822 2200, Mail <a href="mailto:info@curabill.ch">info@curabill.ch</a>		
<b>Patientenerklärung</b> Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm Befunde und Ergebnisse über mich an andere Ärzte weiterzuleiten. Ich erteile Ihnen mein Einverständnis für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.		
Datum	Unterschrift	