



# Praxis am Neumarktplatz

Neumarktplatz 10, 5200 Brugg, 056 442 59 53

## Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Dieser Fragebogen hilft uns, einen Teil der Anamnese im Voraus zu erfassen damit die Erstkonsultation in einem angemessenen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und in Druckschrift.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_

Bei Kindern Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. P: \_\_\_\_\_ Tel. G: \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Kasse? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

**Nehmen Sie Medikamente?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Welche Freizeit- / Sportaktivitäten üben Sie aus?**

**Leiden Sie oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten / Ereignissen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut                             | <input type="checkbox"/> Rheuma                         |
| <input type="checkbox"/> AIDS                                  | <input type="checkbox"/> Grüner Star                    |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                      | <input type="checkbox"/> Krampfleiden (z. B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                   |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                 |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                        | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose                |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                | <input type="checkbox"/> Osteoporose                    |
| <input type="checkbox"/> Atemwegs- / Lungenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen              |
| <input type="checkbox"/> Allergien, insbesondere Latexallergie | <input type="checkbox"/> Unfall                         |
| <input type="checkbox"/> Operationen                           | wenn ja, welche _____                                   |
| <input type="checkbox"/> andere                                | wenn ja, welche _____                                   |

**Honorarvereinbarung:**

Die Leistungen werden Ihnen in Rechnung gestellt. Bitte fragen Sie bei Ihrer Zusatzversicherung nach, ob die Kosten gedeckt sind oder ob sie eine Überweisung benötigen. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten.

Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Nicht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Die Gebühr für eine Erstbehandlung beträgt ca. Fr. 150.-.

Bitte beachten Sie, dass im Rahmen der Behandlung evtl. einzelne schmerzhafteste Techniken angewendet werden, die in der Folge zum Auftreten von blauen Flecken, Hautrötungen und/oder muskelkaterähnlichen Schmerzen führen können. Diese verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Honorarvereinbarung und der Behandlung einverstanden. Sie können jederzeit die Behandlung selbstbestimmt unterbrechen oder abbrechen. Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_