



Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten

Name Vorname(n)

Geburtsdatum

Gesetzlicher Vertreter (für Minderjährig)

Zivilstand Kontaktperson (Name, Telefonnr.)

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon (Privat/Mobil/Geschäft) E-Mail

Beruf/Tätigkeit Arbeitgeber

Krankenkasse Versicherungsnr.

Bei Unfall: Versicherung und Schaden-/Unfallnr.

Hausärztin/Hausarzt (Name, Adresse) Letzter Besuch

Empfohlen/Zugewiesen von

Krankenkassenmodell

- Freie Arztwahl Hausarzt-/HMO-Modell o.Ä. Telmed/First Call/Medgate o.Ä.

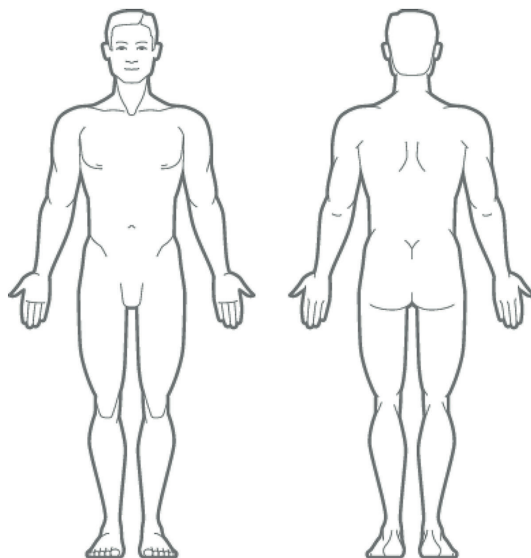
Mit meiner Unterschrift berechtige ich Sie, Röntgenbilder, Berichte und sonstige medizinische Auskünfte einzuholen oder an andere Medizinalpersonen weiterzuleiten. Ebenfalls erlaube ich die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die zuständige Versicherung oder Krankenkasse weiterzuleiten. Die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen oder damit befasste Rechtsanwälte und zuständige staatliche Instanzen sind miteingeschlossen. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Behandlungen durch Leistungserbringer der Praxis Chiropraktik Löwenplatz ist der Ort der Praxis.

Berichte: Bei Überweisungen schreiben wir normalerweise eine Überweisungsantwort. Die Krankenkassen übernehmen diese Kosten nicht, weshalb wir die Überweisungsberichte dem Patienten direkt verrechnen. Sollten Sie diese Kosten nicht tragen wollen und auf integrierte Versorgung / Information zwischen den behandelnden Ärzten verzichten wollen, können Sie uns hier darüber informieren.

- Ich verzichte auf die Rückmeldung an meinen Zuweiser mittels Bericht.

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, Termine 24h vorher abzusagen. Ansonsten erfolgt die Verrechnung von 50.- CHF pro angebrochene Viertelstunde ohne Kassenpflicht.

Datum Unterschrift



Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein.

Angaben zur Gesundheit

Damit wir Sie von Anfang an möglichst umfassend betreuen können, bitten wir Sie im Voraus um einige Angaben.

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

Ja, Welche?

Nein

Hatten Sie Operationen? Welche und wann (Jahr)?

Hatten Sie Unfälle/schwere Stürze (Autounfall, Sportunfall etc.)? Welche und wann (Jahr)?

Haben Sie jemals eine Fraktur oder andere Verletzungen erlitten? Welche und wann (Jahr)?

Hatten Sie schon einmal eine schwere Krankheit oder leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

(z.B. Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Blutgerinnungsstörung, Diabetes, Infektionskrankheiten, Lungen-, Leber-, Nieren-, Stoffwechsel- oder Nervenerkrankungen, Krebserkrankungen etc.)

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja, Welche?

Nein

Suchtmittel: Nikotin, Alkohol, andere Drogen? Was und wie viel?

Wie gross und wie schwer sind Sie?

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen? Wie viel und in welchem Zeitraum?

Gibt es familiäre Vorerkrankungen? (Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Thrombosen/Embolien, Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, andere?)

Über eventuell auftretende Veränderungen in meiner Krankengeschichte werde ich sie informieren. Sie werden bei der Erstkonsultation von Ihrer/m Chiropraktor/in über die Befunde, Diagnose und entsprechende Behandlungsoptionen aufgeklärt.

Praxis Dr. Ewa Hug

Seidengasse 16 8001 Zürich 043 344 80 70

praxis@chiropraktik-loewenplatz.ch praxis.hug@hin.ch www.chiropraktik-loewenplatz.ch GLN 7601003009736