

AUGENÄRZTE
FALKENBERG

Anmeldeformular für Patienten

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters:			Zivilstand:	Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
Strasse		PLZ		Ort	
Telefon		Mobile		E-Mail	
Beruf					
Arbeitgeber				Telefonnummer	
Zuweisender Arzt/Ärztin				Hausarzt	
Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Telefonnummer):					
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass mir die Zugangsdaten für das abgesicherte Portal der Ärztekasse an meine E-Mail-Adresse gesandt werden. Auf diesem Portal kann ich die Kopie meiner Rechnung einsehen, die an meine Versicherung gesandt wurde.					

Datenschutz

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur meine Adressdaten und den Gesamtbetrag der Rechnung, aber keine Daten, welche Rückschlüsse auf die medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Leistungsbringer ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Überdies bin ich damit einverstanden, dass der / die Behandelnde meine Krankenakte auch in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse). Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der/die Arzt/Ärztin oder eine von ihm/ihr beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann.

Zahlungsverzug

Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungsbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungsverzuges. Details zu den Gebühren bei Zahlungsverzug finden sich unter folgendem Link:

www.aerztekasse.ch/de/patienteninfo/faq/faq.html

Anamnesebogen

1	Liegen bei Ihnen Allergien vor?		
	Heuschnupfen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Asthma?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Jodallergie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Salben bzw. Kontaktallergie (z. B. Nickel)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Sonstige	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2	Sind Sie Diabetiker? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (weiter zu Punkt 3)		
	Falls Ja: <input type="radio"/> Typ I <input type="radio"/> Typ II		
	Sind Ihre Blutzuckerwerte stabil?		
	<input type="radio"/> Ja Wie ist der aktuelle HbA1-Wert (Langzeitwert)? <input style="width: 100px;" type="text"/> mg/dl		
	<input type="radio"/> Nein Behandeln Sie mit: <input type="radio"/> Diät <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Insulin		
3	Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
4	Leiden Sie an hohem Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
5	Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
6	Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, wann? <input style="width: 150px;" type="text"/>		
7	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
8	Für Männer: Nehmen Sie Prostatamedikamente?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
9	Gibt es bereits Augenkrankheiten in Ihrer Familie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, welche: <input style="width: 200px;" type="text"/>		
10	Hatten Sie eine Verletzung des Auges?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, welche? <input style="width: 200px;" type="text"/>		
11	Haben Sie als Kind immer mit beiden Augen gleich gut gesehen?	<input type="radio"/> beide gleich gut	<input type="radio"/> links besser <input type="radio"/> rechts besser
12	Haben Sie als Kind geschielt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
13	Tragen Sie eine Sehhilfe?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, welche?		
	<input type="radio"/> Kontaktlinsen <input type="radio"/> Fernbrille <input type="radio"/> Lesebrille <input type="radio"/> Gleitsichtbrille		
14	Wurden Sie bereits an den Augen operiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, welche OP wurde durchgeführt?		

AUGENÄRZTE
FALKENBERG

15	Wurden Sie bereits an den Augen gelasert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
16	Welche Beschwerden / Grund führt Sie zu uns? (Mehrfachauswahl möglich)		
	<input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Sehverschlechterung <input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl <input type="checkbox"/> neue Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> "fliegende Mücken" <input type="checkbox"/> Blitze <input type="checkbox"/> Doppeltsehen <input type="checkbox"/> Schattensehen <input type="checkbox"/> Kontrolle für Führerausweis <input type="checkbox"/> Frage nach operativem Eingriff		
	Sonstiges: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
17	Nehmen Sie regelmässig Augentropfen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, welche? <input style="width: 100%;" type="text"/>		
18	Nehmen Sie sonstige wichtige Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein (weiter zu 19)
	Wenn ja, welche? <input style="width: 100%;" type="text"/>		
19	Wie haben Sie von uns erfahren? <input style="width: 100%;" type="text"/>		

Ort, Datum: ,

Unterschrift: _____

(Sie können diese Seite ausdrucken, unterschreiben und einscannen und uns per Email oder über die Website zurücksenden oder bei Ihrem Besuch unterschreiben).

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!
Bitte nehmen Sie – falls vorhanden – Ihre Brille und Ihre Krankenkassenkarte mit.
Als Kontaktlinsenträger kommen Sie bitte mit Brille oder nehmen ein Behältnis zum Einlegen mit.

Wir freuen uns, Sie als neuen Patienten/neue Patientin bei uns begrüßen zu dürfen.