



Bitte in Blockschrift ausfüllen *Diese Angaben werden zwingend gebraucht.

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Vorname*	Nachname*	
Strasse*		PLZ*	Ort*
Tel. Mobil*		Tel. Geschäft	Geb Datum*
Tel. Privat*		E-Mail*	
Zuweisender Arzt *		Adresse	
Krankenkasse* (Grundversicherung):			
Haben Sie eine Zusatzversicherung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Rechnungskopie per Email versenden* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Per 1.1.22 sind alle Dienstleister im Gesundheitswesen gesetzlich verpflichtet, ihren Patienten/innen eine Rechnungskopie zukommen zu lassen</small>			
Franchise: <input type="checkbox"/> 300.- <input type="checkbox"/> 500.- <input type="checkbox"/> 1'000.- <input type="checkbox"/> 1'500.- <input type="checkbox"/> 2'000.- <input type="checkbox"/> 2'500.-		<input type="checkbox"/> Kind (unter 18 Jahre)	
Bevorzugte Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> Festnetz, <input type="checkbox"/> Mobil, <input type="checkbox"/> Email, Anders: _____			

Bei **Unfall** die nachfolgenden Felder zusätzlich ausfüllen

Name der Unfallversicherung:	Unfalldatum:
Policen- / Schadennummer:	

Wie haben Sie von uns erfahren?

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Empfehlung von Freunden/Bekannte	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Andere Variante (welche):
Waren Bewertungen im Internet (z. Bsp Google reviews) für Sie wichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht			

Einverständniserklärung

Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt:

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten sowie Vertrauensärzten der Kostenträger auszutauschen.
- falls die Rechnung der Behandlung nicht beglichen wird, die erforderlichen persönlichen Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
- nicht-öffentliche Listen mit säumigen Zahlern anzulegen, welche er/sie mit anderen PhysiotherapeutInnen austauschen darf.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt. Alle Behandlungskosten, die von meiner Versicherung/ KK nicht gezahlt werden, übernehme ich vollständig selbst.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

.....

.....

Bitte wenden

ERWEITERTER BEFUNDFRAGEBOGEN

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Alle Angaben sind freiwillig. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Hobbys	Beruf
--------	-------

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.		
Covid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Long Covid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere		
Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht verletzt oder eingeschüchtert worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bitte wenden 

Allergien:	
Sind Sie allergisch gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Reagieren Sie empfindlich auf Latex?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?	

Sind sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?			
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychiater / Psychologe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteopath	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Physiotherapeut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere:			
Datum der letzten Untersuchung:			
Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, um welche ging es?			

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen und das ungefähre Datum der Verletzung:	
Datum	Verletzung

Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		



Bitte wenden

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?			
Aspirin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzungen)	<input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet
Paracetamol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet
Ibuprofen, Diclofenac etc.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere, nicht verordnete Mittel:	
Medikamente gegen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Genussmittel	
Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag?	
Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?__ Seit wie vielen Jahren?	
Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?	
An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?	
Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen?	

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:			
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gelenk-, Muskelschwellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Starke Blutung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Regelmässiges Husten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zittern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arm-, Beinschwellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gerötete Augen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hautauschlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klimakterium, Wechseljahre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Störungen in der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	(mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		