

Patienten-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden Sie mir diesen vor unserem Termin per Mail oder per Post zurück. Bitte bringen Sie allfällige diagnostische Unterlagen, schriftliche Berichte und eine Kopie des Impfausweises an unsere Erst-Konsultation mit.

Personalien

Name:	Vorname:			
Strasse:	PLZ/Wohnort:			
Telefon:	Mobiltelefon:			
Beruf:	E-Mail:			
Geburtsdatum:	Zivilstand:			
Krankenkasse-Zusatzvers.:	Versichertenkarten-Nr.: 807			
Gesetzlicher Vertreter (Eltern, Beistand):				
Rechnung:				
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden′	? (Empfehlung, Internet, Zeitung, usw.)			

Hauptbeschwerden				
Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz, warum Sie zu mir kommen.				

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie früher über längere Zeit eingenommen? Dazu gehören auch pflanzliche und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze, Hormone, usw.

Medikament	Grund d. Einnahme	Einnahme seit	Einnahme bis

Chronologischer-Ablauf Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl in zeitlicher Reihenfolge alle von Ihnen jemals durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle, Operationen, einschneidenden Erlebnisse usw. ein. Notieren Sie zu jedem Ereignis die Jahreszahl. Geburtsjahr

Adrian Schneider, Naturheilpraktiker m. eidg. Diplom in Homöopathie

heute

Kasernenstrasse 4, 8180 <u>Bülach</u>, 077 232 80 73, info@similibus.ch, www.similibus.ch und

Familienanamnese

Notieren Sie, möglichst umfassend, Ihnen bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Charaktereigenschaften, Symptome und Eigenheiten, Todesursache und das Alter Ihrer Angehörigen. Erwähnen Sie bitte auch Onkel/Tanten, Cousins, etc.

Urgrosseltern (mütterlicherseits)		Urgrosseltern (väterlicherseits)		
Grossvater (mütterlicherseits)	Grossmutter (mütterlicherseits)	Grossvater (väterlicherseits)	Grossmutter (väterlicherseits)	
Mutter (inkl. Geburtsdatum)		Vater (inkl. Geburtsdatum)		
·				
Geschwister (inkl. Geburtsdatum)				

War eine oder mehrere der folgenden Krankheiten in Ihrer Blutsverwandtschaft bekannt? Bitte unterstreichen: Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe (Tripper), Gicht, Rheuma, Malaria, Krätze, Krebs.

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Medikamente

Schulmedizinische Medikamente dürfen nur in Absprache mit dem Arzt abgesetzt werden. Setzen Sie diese niemals eigenständig ab. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass ich Ihnen weder dazu geraten noch Sie gedrängt habe, ein Medikament eigenständig abzusetzen.

Termine

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, so teilen Sie mir dies, bitte, spätestens einen Arbeitstag vorher mit, damit ich die reservierte Zeit für andere Patienten nutzen kann. Sollten Sie unentschuldigt von einem Termin fernbleiben oder diesen zu spät absagen, wird die für Sie reservierte Zeit in Rechnung gestellt.

Krankenkasse und Kosten

Ich bin von allen Schweizer Krankenkassen durch die Zusatzversicherung anerkannt. Da die Entschädigungen variieren, klären Sie bitte vor der ersten Konsultation, wie Ihre Krankenkasse meine Leistungen abrechnet.

Kosten werden im Stundensatz von CHF 168.- verrechnet und fallen für Konsultationen, Telefonate, die Fallbearbeitung und längere Emails an. Alle Aufwände werden im Fünfminuten-Takt aufgerundet und verrechnet. Für Notfälle während der Öffnungszeiten fällt ein Zuschlag von CHF 30.-, ausserhalb der Öffnungszeiten von CHF 60.- an.

Bei Erfolglosigkeit der Therapie besteht kein Anspruch auf Vergütung, Stornierung, Rabatt, o.ä. auf die von mir gestellte Rechnung. Die Rechnung ist innert 14 Tage nach dem Erhalt zu begleichen. Mahngebühren belaufen sich auf CHF 40.- pro Mahnung.

Notfälle und Kommunikation

In dringenden Fällen erreichen Sie mich außerhalb der Sprechzeiten über meinen Anrufbeantworter (077 232 80 73). Ein Schnupfen o.ä. ist keine dringende Angelegenheit. Bei Notfällen wenden Sie sich bitte direkt an den Hausarzt oder die Ambulanz.

SMS werden grundsätzlich nicht beantwortet, E-Mails, je nach Arbeitslast, mit Verzögerung.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Mit Ihrer Unterschrift (oder der des gesetzlichen Vertreters) bestätigen Sie die oben gemachten Angaben und erklären sich einverstanden mit:

- 1. den allgemeinen Geschäftsbedingungen meiner Praxis,
- 2. den Datenschutzbestimmungen meiner Praxis, einsehbar unter https://similibus.ch/datenschutzbestimmungen/,
- 3. der Speicherung Ihrer Patientendaten in:
 - der digitalen Dokumentationssoftware GoodNotes,
 - der für die Fakturierung nach Tarif 590 erforderlichen App,
 - · dem Cloud-Dienst Apple iCloud,
- 4. der Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail.

Sie wurden über mögliche Risiken der Datenverarbeitung und -speicherung informiert, insbesondere dass E-Mails nicht Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und dass Apple die Serverinfrastruktur betreibt.

Sie können diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen, ohne dass dies Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung hat.

Ort/Datum:	Unterschrift:

Adrian Schneider, Naturheilpraktiker m. eidg. Diplom in Homöopathie

Kasernenstrasse 4, 8180 <u>Bülach</u>, 077 232 80 73, info@similibus.ch, www.similibus.ch