
Personalien

Name _____

Strasse / Nr. _____

Vorname _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Tel. Privat _____

Empfohlen von _____

Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Tel. Geschäft _____

Beruf _____

Hausarzt _____

Arbeitgeber _____

Erfolgt bei Ihnen eine allfällige **Kostenübernahme** durch eine der folgenden Institutionen?

SUVA

IV

Ergänzungsleistungen

Sozialhilfe

Wenn ja, welches Amt? _____

Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? Weshalb? _____

Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung? Welche? _____

Sind Sie antikoaguliert (blutverdünnt)?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Welche? _____

Haben oder hatten Sie jemals:

Allergien, Asthma? _____

Atemwegserkrankungen?

Lebererkrankungen?

Herz-Kreislaufkrankheiten?

Nierenerkrankungen?

Zu hohen Blutdruck?

Magen-Darmerkrankungen?

Zu tiefen Blutdruck?

Osteoporose?

Einen Herzinfarkt?

Epilepsie?

Einen Schlaganfall?

Tumorerkrankungen? Wo? _____

Bluterkrankungen?

Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis C)?

Stoffwechselerkrankungen?

Rauchen Sie? Wieviel? _____

Rheuma oder chronische Gelenkschmerzen?

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

Basel, den _____

Unterschrift: _____

Bei nicht Erscheinen oder bei kurzfristigen Absagen unter 24h wird eine Ausfallgebühr gemäss SSO Tarif verrechnet.