

Bitte auch Rückseite ausfüllen!

Si prega di scrivere anche indietro!
Veuillez remplir aussi arrière!

Name
Cognome
Nom

Vorname
Nome
Prénom

Geburtsdatum

Data di nascita
Date de naissance

Geschlecht

Sesso
Sexe

weiblich

femminile
 féminin

männlich

maschile
 masculin

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Cognome e nome dei genitori (se si tratta di bambini)

Nom et prénom du tuteur officiel (dans les cas d'un enfant)

Strasse

Via
Rue

PLZ/ NPA

Wohnort/ Località/ Localité

Telefon

Natel

E-Mail

Beruf

Professione
Profession

Arbeitgeber

Datore di lavoro
Employeur

Telefon Geschäft

Tel.
Tél.

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin

Medico curante
Médecin traitant

Hausarzt/-ärztin

Medico di famiglia
Médecin de famille

Krankenkasse/Versicherung

Cassa malati
Caisse de maladie

Versicherungs-Nummer

No. d'assicurato
No. d'assure

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden. Ausserdem bin ich darüber informiert, dass ich Termine mind. 24 h vorher absagen muss, ansonsten werden sie mit CHF 25.- pro 10 Minuten verrechnet.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit beauftragten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus dem Arzt-/Patientenverhältnis ist Basel; anwendbar ist schweizerisches Recht.

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei medici, alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso come anche istanze ufficiali competenti.

Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano. Il foro per eventuali litigi tra medico e paziente è Basilea. E applicabile la legge Svizzera.

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des médecins, à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet. Le for pour tout litige provenant de la relation médecin/patient est Bâle; le droit Suisse est applicable.

Datum

Data
Date

Unterschrift

Firma
Signature

Medizinische Angaben

Waren Sie schon einmal bei einem/r Dermatologen/-in?

Nein Ja

Bei mir sind folgende Leiden/Grunderkrankungen bekannt:

Heuschnupfen Schuppenflechte/Psoriasis Atopische Dermatitis/Neurodermitis
 Asthma Diabetes Hepatitis HIV Kreislaufprobleme
 Herzerkrankungen Schilddrüsenerkrankung Rheuma Nierenleiden
 Magen-/Darmerkrankungen Nervenleiden Andere:

Leiden sie unter spezifischen Allergien? Nein Ja

Latex Sonstige Medikamente:

Antibiotika: Andere:

Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit/Intoleranz gegenüber:

Laktose Gluten Anderem:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Nein Ja, nämlich:

Ich habe nie geraucht. Ich habe aufgehört nach ____ Jahren. Vor ____ Jahren.

Ich rauche gelegentlich. Seit: ____ Ich rauche jeden Tag ____ Packungen. Seit: ____

In meiner Familie (Eltern, Grosseltern, Onkel/Tanten) sind folgende Leiden/Anfälligkeiten bekannt:

Heuschnupfen Schuppenflechte/Psoriasis Atopische Dermatitis/Neurodermitis
 Schilddrüsenerkrankungen Asthma Diabetes Hautkrebs Andere:

Wurde bei Ihnen schon ein verdächtiger Hautbefund entfernt?

Nein Ja Falls Ja: wann/bei wem?

Gab es bei einem früheren operativen Eingriff unerwartete Zwischenfälle (Probleme mit Lokalanästhesie, Narkose etc.)?

Nein Ja Falls Ja: wann/was?

Auslandsaufenthalte in tropischen/subtropischen Regionen in den letzten 2 Jahren:

Afrika Asien Südamerika Andere:
