

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien, Asthma? _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankheiten? | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> Zu hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Osteoporose? |
| <input type="checkbox"/> Zu tiefen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Epilepsie? |
| <input type="checkbox"/> Einen Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen? Wo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis C)? |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wieviel? _____ |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Für Frauen: Sind Sie schwanger? |
| <input type="checkbox"/> Rheuma oder chronische Gelenkschmerzen? | |

Basel, den _____

Unterschrift: _____