



Aufnahmebogen

Persönliche Angaben:

Nachname: _____ Vorname: _____
Cognome/Name Name/First name

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Data di nascita/date of birth Tel. privato/Mobile

Strasse, Hausnr: _____ Wohnort: _____
Via/Street Indirizzo/Place

E-Mail:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde per E-Mail zugeschickt werden. **Keine** Haftung für missbräuchliche Verwendung.

E-Mail: _____

- Ich möchte nicht, dass meine Befunde per E-Mail verschickt werden.

Krankenversicherung: _____ Versicherungs-Nr.: _____
Assicurazione malattia/Health insurance

Unfallversicherung: _____ Versicherungs-Nr.: _____
Assicurazione infortuni/Accident insurance

Abrechnungssystem:

- Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)
 Kopie der Rechnung auf Wunsch
Fattura medica alla mia assicurazione sanitaria, (Tiers payant) Copia della fattura su richiesta
Medical bill to my health insurance, (Tiers payant) Copy of the invoice on request
- Arztrechnung geht an mich (Tiers garant)
La fattura medica va a me (Tiers garant)/Medical bill goes to me (Tiers garant)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Website Google- Suche Persönliche Empfehlung durch: _____

Ich erkläre mich hiermit mit den hier aufgeführten Geschäftsbedingungen einverstanden:

Con la presente accetto i termini e le condizioni qui elencati/ I hereby agree to the terms and conditions listed here:

Nicht eingehaltene Termine werden verrechnet, sofern diese nicht 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden.

Termine für den Montag können bis Montag um 09:00 Uhr abgesagt werden, ohne dass es verrechnet wird.

Gli appuntamenti non rispettati verranno addebitati a meno che non vengano annullati 24 ore prima dell'appuntamento.

Gli appuntamenti per il lunedì possono essere cancellati fino a lunedì alle 9:00 senza addebito.

Appointments that are not met will be charged unless they are canceled 24 hours before the appointment.

Appointments for Monday can be canceled until 9:00 a.m. on Monday without being charged.

Ort, Datum: _____
Luogo/Data Place/Date

Unterschrift: _____
Firma/Signature



Bitte hier nochmal angeben: **Name, Vorname** _____

Gesundheitliche Fragen:

Bekannte Allergien: Nein Ja, welche: _____
Allergie note/Known allergies

Operationen: Nein Ja, welche: _____
Operazioni/Operations

Unfälle: Nein Ja, welche: _____
Accidents/ Incidenti

Regelmässige Medikamenteneinnahme:
Assunzione regolare di farmaci/Regular medication intake

Körperfunktionen:

Körpergrösse in _____ cm
Height/Altezza

Körpergewicht in _____ kg
Peso corporeo/Body weight

Raucher? Nein Ja
Fumare/Smoke

Schlaf gut? Nein Ja
Dormi bene/Sleep well

Stuhlgang normal? Nein Ja
Movimenti intestinali normali/Stool normal

Appetit gut? Nein Ja
Buon appetito/ Good appetite?

Bei Frauen:

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Nein Ja
Sei attualmente incinta/Are you currently pregnant

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: _____

Stillen Sie zurzeit?
Stai attualmente allattando/Are you currently breastfeeding

Nein Ja

Vorgeschichte der Familie:

Zuckerkrankheit: Nein Ja
Diabete/Diabetes

Krebskrankheit: Nein Ja
Malattia del cancro/Cancer Disease

Herz-/Kreislaufkrankheit: Nein Ja
Malattie cardiovascolari/Cardiovascular disease:

Tuberkulose: Nein Ja
Tubercolosi/Tuberculosis

Psychische Erkrankungen: Nein Ja
Malattia mentale/Mental illness

Sonstiges: Altri/Others

