



Aufnahmefragebogen Neugeborene

Angaben des Kindes

NAME:	VORNAME:		
GESCHLECHT:	<input type="checkbox"/> WEIBLICH	<input type="checkbox"/> MÄNNLICH	GEB.:
STRASSE:	NR.:		
PLZ:	ORT:		
TELEFON:	MOBILE:		
E-MAIL:			
KRANKENVERSICHERUNG:	VERSICHERTEN NR.:		
WOHNHAFT BEI:	<input type="checkbox"/> ELTERN	<input type="checkbox"/> VATER	<input type="checkbox"/> MUTTER
NATIONALITÄT:			
IST ES IHR ERSTES KIND?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
WENN NEIN , KIND 1	VORNAME:	GEB.:	
KIND 2	VORNAME:	GEB.:	

Geburt

IN WELCHER SCHWANGERSCHAFTSWOCHE (SSW) HABEN SIE IHR KIND ENTBUNDEN?	IN DER	SSW
GEBURT:	<input type="checkbox"/> SPONTANGEBURT	<input type="checkbox"/> KAISERSCHNITT
GEBURTSGEWICHT (GRAMM):	GRÖSSE (CM):	
LAG EINE MEHRLINGSGEBURT VOR:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
GAB ES BEI ODER UNMITTELBAR NACH DER GEBURT KOMPLIKATIONEN?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
WENN JA , WELCHE:		

Wir rechnen im Abrechnungssystem Tiers payant ab.

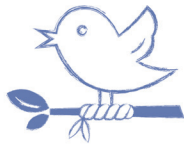
Tiers payant: Im System Tiers payant muss der Patient die Rechnung nicht mehr selber bezahlen. Der Arzt schickt die Rechnung direkt dem Versicherer (Krankenversicherung) des Patienten. Der Versicherer bezahlt die Rechnung direkt dem Arzt aus und verrechnet eine eventuelle Franchise oder einen Selbstbehalt direkt dem Patienten.

Mit meiner Unterschrift erteile ich die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende, als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte

Institution oder an den damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich anzufordern. Vorbehalten bleibt das Recht des Patienten, die obengenannte Anweisung schriftlich zu widerrufen.

Der Patient (gesetzliche Vertreter) erklärt sich mit einer Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben. Der Arzt ist ermächtigt die Rechnungen elektronisch zu versenden.

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____



Aufnahmefragebogen Neugeborene

Vater

NAME:	_____		VORNAME:	_____	
GEBURTSDATUM:	_____		GRÖSSE (CM):	_____	
NATIONALITÄT:	_____		BERUF:	_____	
	<input type="checkbox"/> NICHTRAUCHER		<input type="checkbox"/> RAUCHER		
GIBT ES KINDER AUS FRÜHERER EHE?	_____		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
WENN JA, KIND 1	VORNAME:	_____	GEB.:	_____	
KIND 2	VORNAME:	_____	GEB.:	_____	

Mutter

NAME:	_____		VORNAME:	_____	
LEDIGER NAME:	_____				
GEBURTSDATUM:	_____		GRÖSSE (CM):	_____	
NATIONALITÄT:	_____		BERUF:	_____	
	<input type="checkbox"/> NICHTRAUCHER		<input type="checkbox"/> RAUCHER		
GIBT ES KINDER AUS FRÜHERER EHE?	_____		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
WENN JA, KIND 1	VORNAME:	_____	GEB.:	_____	
KIND 2	VORNAME:	_____	GEB.:	_____	
WELCHE SPRACHE WIRD ZU HAUSE GESPROCHEN:	_____				

Familienvorgeschichte

LEIDET JEMAND IN IHRER FAMILIE AN EINER ERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN		
WENN JA, AN WELCHER?	_____		WER:	_____	
	_____		WER:	_____	
LIEGEN ALLERGIEN VOR?	_____				
POLLENALLERGIE	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		WER: _____	
NAHRUNGSMITTEL	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		WER: _____	
WENN JA, WELCHE:	_____				
MEDIKAMENTE	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		WER: _____	
WENN JA, WELCHE:	_____				
ANDERE ALLERGIEN:	_____				