

## Patientenaufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir bitten Sie das Formular anbei auszufüllen. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. **Vielen Dank.**

**Behandelnder Arzt:**     Priv. Doz. Dr. M. Voigt     Priv. Doz. Dr. N. Iblher     Prof. N. Torio

### Persönliche Daten

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

### Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung     Presse

Internetseite     Andere: \_\_\_\_\_

Google     Arzt: \_\_\_\_\_

Aussenwerbung

### Ihr Anliegen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben / Gesundheitszustand

Grösse \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?     Nein     Ja    Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Woche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?     Nein     Ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?     Nein     Ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Narkoseunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____
Bisherige OP's	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

### Unser Service für Sie

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Weg?

Per SMS       Per E-Mail       Kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. zu Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Weg?

Per Post       Per E-Mail       Kein Interesse

Für alle wiederkehrenden Behandlungen (z.B. Botulinumtoxin, etc.) bieten wir Ihnen einen Recallservice an.

Gern informieren wir Sie rechtzeitig über Ihr nächstes Behandlungsintervall. Bitte wählen Sie, wie Sie kontaktiert werden möchten:

Per Post       Per E-Mail       Per SMS       Per Anruf       Kein Interesse

Möchten Sie Ihre Post an eine andere Adresse als die umseitig genannte gesendet bekommen? Wenn ja, geben Sie bitte Ihre Wunschadresse an.

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihrer Angaben oder neu auftretende Erkrankungen rechtzeitig mitzuteilen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Sie erklären sich zudem einverstanden, dass Ihre Patientenakte als gemeinsame Patientenakte in der Praxis für Plastische Chirurgie Basel AG geführt wird und auch die anderen ärztlichen Kollegen Einblick in Ihre Akte haben dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!**  
**Ihr Team der PRAXIS FÜR PLASTISCHE CHIRURGIE BASEL**

Praxis für Plastische Chirurgie Basel AG

Kohlenberg 13/15 | 4051 Basel | T +41 (0)61 - 31 74 040 | F +41 (0)61 - 51 10 365  
info@plastische-chirurgie-in-basel.ch | www.plastische-chirurgie-in-basel.ch