



## Aufnahmefragebogen Neugeborene

### Angaben des Kindes

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht?  Weiblich  Männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnhaft bei?  Eltern  Vater  Mutter

Nationalität: \_\_\_\_\_

Ist es Ihr erstes Kind?  Ja  Nein

Wenn **Nein**, Kind 1, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 2, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie Ihr Kind entbunden? In der \_\_\_\_\_ SSW

Geburt?  Spontangeburt  Kaiserschnitt

Geburtsgewicht (Gramm): \_\_\_\_\_ Grösse (cm): \_\_\_\_\_

Lag eine Mehrlingsgeburt vor?  Ja  Nein

Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen?  Ja  Nein

Wenn **Ja**, welche: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

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. Die Ärztin ist ermächtigt die Rechnung elektronisch zu versenden. Ich erteile meiner Ärztin das Recht medizinische Akten über mich einzufordern und falls nötig weiterzuleiten.

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.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Grösse (cm): \_\_\_\_\_  Nichtraucher  Raucher

Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Gibt es Kinder aus einer früheren Ehe?  Ja  Nein

Wenn **Ja**, Kind 1, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 2, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Lediger Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Grösse (cm): \_\_\_\_\_  Nichtraucherin  Raucherin

Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Gibt es Kinder aus einer früheren Ehe?  Ja  Nein

Wenn **Ja**, Kind 1, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 2, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen: \_\_\_\_\_

## Familienvorgeschichte

Leidet jemand in Ihrer Familie an einer **Erkrankung**?  Ja  Nein

Wenn **Ja**, an welcher: \_\_\_\_\_ Wer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wer: \_\_\_\_\_

Augenkrankheiten?  Ja  Nein Welche: \_\_\_\_\_

Brillenträger?  Ja  Nein Wer: \_\_\_\_\_ Ab wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wer: \_\_\_\_\_ Ab wann: \_\_\_\_\_

Abdeckpflaster Auge?  Ja  Nein Wer: \_\_\_\_\_

**Liegen Allergien vor?**

Pollenallergie?  Ja  Nein Wer: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel?  Ja  Nein Wer: \_\_\_\_\_

Wenn **Ja**, welche: \_\_\_\_\_

Medikamente?  Ja  Nein Wer: \_\_\_\_\_

Wenn **Ja**, welche: \_\_\_\_\_

Andere Allergien: \_\_\_\_\_