

# Personalien

Bitte in Blockschrift ausfüllen / Veuillez remplir en caractères d'imprimerie / Si prega di scrivere in stampatello

**Anrede**  Herr  Frau  Kind  
Titre  Monsieur  Madame  Enfant  
Titolo  Signore  Signora  Bambino

**Zivilstand:**  
Etat civil:  
Stato civile:

**Name**

Nom \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_

**Vorname**

Prénom \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

**Ledigname**

Nome de jeune fille \_\_\_\_\_  
Cognome da nubile \_\_\_\_\_

**Strasse**

Rue \_\_\_\_\_  
Strada \_\_\_\_\_

**Nr.**  
N° \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

**PLZ**

NPA \_\_\_\_\_  
Num. post. \_\_\_\_\_

**Wohnort**

Localité \_\_\_\_\_  
Località \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum**

Date de naissance \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_

**Nationalität**

Nationalité \_\_\_\_\_  
Nazionalità \_\_\_\_\_

**Telefon Privat**

Tél. privé \_\_\_\_\_  
Tel. privato \_\_\_\_\_

**Natel**

Tél. portable \_\_\_\_\_  
Tel. portabile \_\_\_\_\_

**Abweichende Rechnungsadresse** (bei Kindern Name und Adresse des zuständigen Elternteils)  Vater  Mutter  Vormund

Adresse de facturation optionnelle (pour les enfants, nom et adresse du responsable légal)  Père  Mère  Tuteur  
Indirizzo di fatturazione non corrispondente (Minorenni: Nome e indirizzo del genitore competente)  Padre  Madre  Tutore



**E-Mail**

Email \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

Caisse maladie \_\_\_\_\_  
Cassa malati \_\_\_\_\_

**Vers.-Nr.**

No. membre \_\_\_\_\_  
No. membro \_\_\_\_\_

- Allgemein  
 Halbprivat  
 Privat



**Sind Sie in einem Managed Care = Hausarztmodell oder HMO (Gruppenpraxis)?**

Ja  Nein (wenn Sie freie Arztwahl haben, bitte Nein ankreuzen)

**Unfall-Vers.**

Ass. accident \_\_\_\_\_  
Ass. Incidente \_\_\_\_\_

**Unfall-Nr.**

No. d'accid. \_\_\_\_\_  
No. incid. \_\_\_\_\_

**Beruf**

Profession \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_

**Unfalldatum**

Date d'accid. \_\_\_\_\_  
Data incid. \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber**

Employeur \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro \_\_\_\_\_

**Telefon G.**

Tél. employeur \_\_\_\_\_  
Tel. d'ufficio \_\_\_\_\_

**Zuweisender Arzt**

Médecin traitant \_\_\_\_\_  
Medico curante \_\_\_\_\_

**Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende Institution (z.B. Swisscom Health AG) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.**

**Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern.**

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la caisse de facturation (p.e. curabill S.A.), à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes.  
Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento dalla fattura alla cassa di fatturazione (curabill SA), alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso come anche istanze ufficiali competenti.  
Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano.

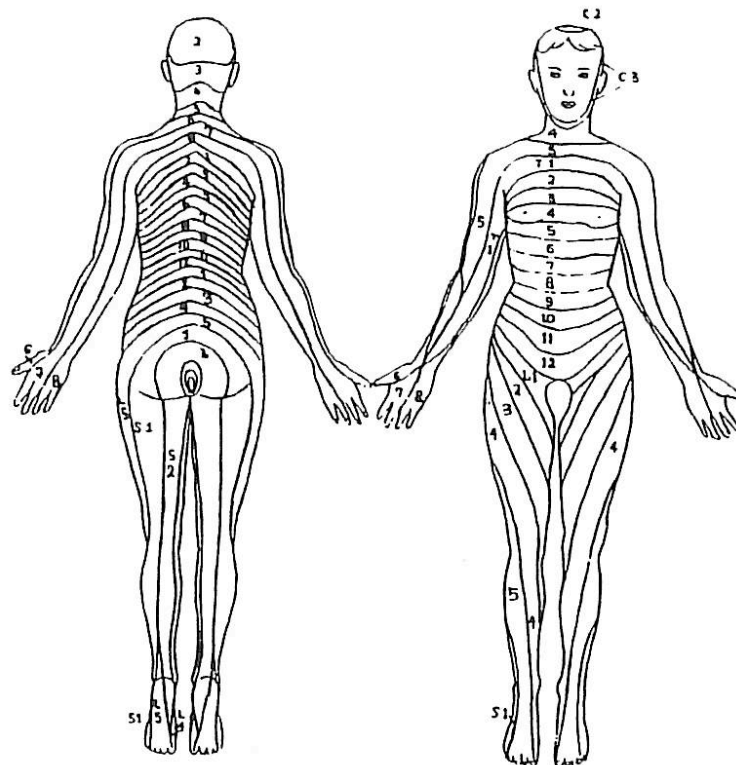
Datum \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten**

Signature du patient \_\_\_\_\_  
Firma del paziente \_\_\_\_\_

# Schmerzskala

mit Leuchtstift  
einzeichnen, wo  
sich der Schmerz  
befindet:



Wer ist Ihr Hausarzt (Name und Wohnort)?

\_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie bei den unterstehenden drei Fragen die Zahl an, welche am besten Ihrem Schmerz entspricht.**

1 = kein Schmerz

10 = unerträglicher Schmerz.

1. Welche Zahl entspricht Ihrem **JETZIGEN** Schmerz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Welche Zahl entspricht Ihrem **DURCHSCHNITTLICHEN** Schmerz?  
(die ganze Woche)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Welche Zahl entspricht Ihrem **STÄRKSTEN** Schmerz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

# Anamneseblatt

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

---

---

**Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?**

---

---

**Andere Krankheiten, Allergien oder Diagnosen?**

---

---