Praxisgemeinschaft Dr. Schmit
Zentrum für erweiterte Diagnostik

Gesundheitsfragebogen

Praxisgemeinschaft Dr. Schmit, Zentrum für erweiterte Diagnostik

Ihre Angaben:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Krankenkasse:** _____

Strasse / Nr.: _____ **PLZ/Ort:** _____

Tel.: _____ **E-Mail:** _____

Medizinische Fragen:

Welche Beschwerden haben Sie? Seit wann?

Bereits durchgeführte Diagnostik?
Wenn ja, welche? Zeitpunkt der Durchführung?

Gewünschte Diagnostik?

Praxisgemeinschaft Dr. Schmit
Zentrum für erweiterte Diagnostik

Aufgrund dieser Beschwerden, zurzeit in Behandlung bei?

Nehmen Sie aktuell Medikamente / Vitamine / Nahrungsergänzungsmittel ein? Und machen Sie eine Therapie?

Einige unserer speziellen Untersuchungen, Therapien, Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel, die nach Absprache und Einverständnis mit unseren Patienten durchgeführt, respektive verordnet werden, bewegen sich ausserhalb der Grundversicherung.

Wird eine Erstkonsultation nicht mind. 48h (Montag bis Freitag) vor dem Termin abgesagt, werden Ihnen CHF 185.- Ausfallhonorar in Rechnung gestellt.

Bei Befunden, die Sie vorab zum Einlesen der Ärztin zusenden, wird die dafür benötigte Zeit in Rechnung gestellt.

Dieser Gesundheitsfragebogen ist kein definitiver Bescheid für einen Termin.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten und unterschriebenen Gesundheitsfragebogen
per Email an **anfrage@ganzheits-medizin.ch**
oder per Post an **Claridenstrasse 36, 8002 Zürich**.