



PARKSIDECLINIC

FRANK PLEUS
DR. MED. DR. MED. DENT.

HERZLICH WILLKOMMEN IN DER PARKSIDECLINIC!

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen, welcher zu administrativen und informativen Zwecken dient, gut leserlich in Blockschrift aus.

Name:	Vorname:
Adresse:	
Mobile:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Grösse:	Gewicht:
Nationalität:	Beruf:

Abrechnungsregelung

Die staatliche Arbeitsbehörde der Krankenversicherungen SanteSuisse/SASIS schreibt vor, in Anlehnung an das KVG, wie folgt abzurechnen:

Schulmedizin und Spezialisten mit Fachausweis --> Krankenkasse

Behandlung chronischer Leiden und Befindlichkeitsstörungen --> Krankenkasse und Privat (Konsultation via Krankenkasse bis Zeitbegrenzung nach Tarmed. Darüber hinaus wird privat abgerechnet. Basis-Labor via Krankenkasse, Speziallabor und -Behandlungen privat.)

Check-up, Leistungsoptimierung, Bluttuning, Prävention, Spezial-Programme, Behandlung durch Heilpraktiker/innen, ganzheitliche Therapien, Abklärungen, Umweltmedizin, Zahnmedizin, Infusionsmedizin, Nahrungsergänzungsmittel, Eiseninfusion ohne Kostengutsprache, internationale Patienten --> Privatleistung

Weitere Informationen

Bei Nichterscheinen und Absagen weniger als 24h vor dem Termin wird die reservierte Zeit als Nichtpflichtleistung nach aktuellem Privat-Tarif in Rechnung gestellt. Mail-Verkehr wird als Telefonkonsultation abgerechnet. Alle Arzneimittel und Naturprodukte dürfen nicht mehr zurückgenommen werden. Es dürfen auch ausserhalb der Schweiz zugelassene Arzneimittel auf eigenes Risiko verabreicht werden.

Patientenerklärung

- Meine Angaben sind wahrheitsgetreu und wurden freiwillig geleistet.
- Das Rückvergütungsrisiko seitens der Krankenkassen trage ich persönlich.
- Ich erlaube externe Institutionen für die Parksideclinic Rechnung zu stellen und Inkasso durchzuführen.
- Ich bin damit einverstanden dass Versicherungen direkt mit der Parksideclinic abrechnen.
- Private Abrechnungen werden den Patienten direkt zugestellt.

Ich wünsche eine reine private Behandlung ohne Rückvergütung der Kasse

Hiermit bestätige ich, diese Regelungen verstanden und rechtsgültig akzeptiert zu haben,

Thalwil,

Unterschrift:



Patientenfragebogen

Was ist ihr Hauptanliegen? Leiden Sie unter:

- | | | |
|---------------------------------------|---|-------|
| Chronischem Stress | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Schlafstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Erschöpfung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Unruhe | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Konzentrations-/Gedächtnisstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Müdigkeit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Übelkeit, Erbrechen, Blähungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Rückenprobleme/Gelenkprobleme | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Allergien | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Appetitverlust | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Psychische Probleme, Depression | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Atemnot, Asthma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Störungen im Blasen- & Genitalbereich | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Herzbeschwerden, Bluthochdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Muskelsteife, Wadenkrämpfe | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Kopfschmerzen, Migräne | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Strahlungen, Umweltvergiftung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Energiemangel | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Haarausfall | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Krampfadern | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |

Welche familiären Krankheiten oder Störungen bestehen?

Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle haben Sie durchgemacht?

Wie oft treiben Sie Sport?

Wieviele Stunden schlafen Sie?

Ernähren Sie sich vegan?

Wieviele Liter trinken Sie pro Tag? Alkohol?

Wie häufig rauchen Sie?

Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

Nehmen Sie Medikamente, welche?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne, Amalganfüllungen?

Sind Sie geimpft, gegen was?

Welchen Belastungen sind Sie ausgesetzt?

Haben Sie sich schon mit ganzheitlichen Heil-Methoden befasst?