

ANMELDUNG HNO-PRAXIS KAUFBEUREN

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____
Telefon privat: _____ Telefon Arbeit: _____
Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
Name des Hausarztes: _____

Falls Patient minderjährig, gesetzlicher Vertreter:

Name _____ Vorname: _____ Geb-Datum: _____
Anschrift (falls abweichend): _____

Sind alle Erziehungsberechtigten mit einer Behandlung in unserer Praxis
einverstanden? Ja Nein

Zur ganzheitlichen Beurteilung bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen: ja nein

- haben Sie eine chronische Erkrankung?.....
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?.....
Wenn ja, welche? _____
Falls vorhanden, bitte den Medikamentenplan vorlegen.
- Haben Sie jemals ein Medikament schlecht vertragen (z.B. Übelkeit,
Magenbeschwerden,
Durchfälle, Hautausschläge, allergische Erscheinungen oder ähnliches)?.....
Wenn ja, welches? _____
- Rauchen Sie regelmäßig?.....

Haben oder hatten Sie:

- allergische Erkrankungen, z.B. Heuschnupfen?.....
- schwere Atemnot, Asthma?.....
- Herz- und Kreislauf-Beschwerden oder -Erkrankungen?.....
- Nierenbeschwerden oder -Erkrankungen?.....
- Zuckerkrankheit?.....
- Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?.....
- Magen- oder Darmgeschwüre?.....
- Tuberkulose?.....
- Infektion mit dem HIV(AIDS-)Virus?.....
- Gelbsucht, Leberkrankheit, Hepatitis?.....
- Schilddrüsenerkrankungen?.....
- eine Operation im HNO-Bereich?.....
Wenn ja, welche und wann? _____

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter bzw. Nachfolger der Praxisinhaber meine
Krankenakte einsehen. **Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen.**

Datum: _____ Unterschrift: _____