

## 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

  

Ja    Nein

Zur ganzheitlichen Beurteilung bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

• 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 (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 den 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: \_\_\_\_\_