

ANMELDUNG HNO-PRAXIS KAUFBEUREN

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____
Telefon privat: _____ Telefon Arbeit: _____
Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____
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?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welches? _____ | | |
| • Rauchen Sie regelmäßig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie: | | |
| • allergische Erkrankungen, z.B. Heuschnupfen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • schwere Atemnot, Asthma?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herz- und Kreislauf-Beschwerden oder -Erkrankungen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenbeschwerden oder -Erkrankungen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Magen- oder Darmgeschwüre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tuberkulose?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infektion mit den HIV(AIDS-)Virus?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gelbsucht, Leberkrankheit, Hepatitis?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenerkrankungen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • eine Operation im HNO-Bereich?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche und wann? _____ | | |
| • Eine Corona Impfung? Wenn ja, wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eine vollständige Corona-Impfung? Wenn ja, wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte wenden!