

## 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/Hauptversicherter:

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 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: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**