

ANMELDUNG HNO-PRAXIS KAUFBEUREN

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

Falls Patient minderjährig, gesetzlicher Vertreter:

Name _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Sind die Erziehungsberechtigten mit der Behandlung in der Praxis einverstanden? Ja Nein

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

• 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, wenn ja wie viel und wie lange schon?.....

Haben oder hatten Sie: ja nein

• allergische Erkrankungen, z.B. Heuschnupfen?.....

• schwere Atemnot, Asthma?.....

• Herz-und Kreislauf- Erkrankungen?.....

• Nierenbeschwerden oder -Erkrankungen?.....

• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?.....

• Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?.....

• Magen- oder Darmgeschwüre?.....

• Infektion mit HIV(AIDS)/Hepatitis/Tuberkulose?.....

• Schilddrüsenerkrankungen?.....

• eine Operation im HNO-Bereich?.....

Wenn ja, welche und wann? _____

Ich bin einverstanden, dass Mitarbeiter/Nachfolger der Praxisinhaber meine Krankenakte einsehen.

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen.

EINWILLIGUNG ZUR ABHOLUNG VON DOKUMENTEN DURCH EINE ANDERE PERSON

Hiermit bestätige ich, dass auf meinen Wunsch hin Dokumente (in einem verschlossenen Umschlag mit meinem Namen versehen) von der nachstehenden Person abgeholt werden darf.

Frau/Herr (mit Vor und Zunamen) _____

Frau/Herr (mit Vor und Zunamen) _____

Datum: _____ Unterschrift: _____