

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Email: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____ in: _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja, gegen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja und zwar: _____

- zur Blutverdünnung? Nein Ja: ASS Plavix Marcumar andere

Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente bekannt? Nein Ja, gegen: _____

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt? Nein

- Ja und zwar: Herzkrankheit/ Bluthochdruck Blutgerinnungsstörungen

Sodbrennen/ Reflux Asthma bronchiale andere Erkrankungen der Lunge

Infektionskrankheiten sonstiges: _____

Sind bösartige Erkrankungen vorbekannt? Nein Ja und zwar: _____

Wurden Sie bereits im HNO-Gebiet operiert? Nein Ja und zwar an: _____

Rauchen Sie? Nein Ja: Zigaretten Zigarre/ Pfeife Wieviel pro Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja und zwar: _____ Wieviel pro Tag? _____

Hinweis

Wenn wir für Sie Untersuchungsmaterial an kooperierende Labore oder pathologische Institute senden, werden unseren Kooperationspartnern auch Patientendaten übermittelt, ähnlich wie bei einer Überweisung.

Datum: _____ Unterschrift: _____