



Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Erlerner Beruf/Derzeitiger Beruf:

Email:@.....

Mobile/Telefon/Nummer:.....

Gesprochene Sprachen:

Es besteht eine Zusatzversicherung (Wahlleistungen) für stationäre Behandlungen: nein ja

Bei Versicherung:

Grad der Behinderung in % (SGB IX).....Pflegegrad:

Körpergröße: **Gewicht:**.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?.....

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in unsere Praxis? Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

.....

Ist bereits eine Therapie eingeleitet worden (z.B. Schmerzmittel/ Antibiotikum?)

vom Arzt von mir selbst nein

Name des Medikaments:.....

Sind bei Ihnen bereits Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

.....

Sind bei Ihnen Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

.....

Leiden Sie unter Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

.....

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? nein ja

Nehmen Sie Gerinnungshemmer? Wenn ja, welche?

.....

Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung? Wenn ja, welche?

.....

Rauchen Sie? **Ja** / Nein (Anzahl Zigaretten pro Tag:.....)

Besteht bei Ihnen Drogenkonsum? **Ja** / Nein

Bitte wenden wenden!



Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Wie oft trinken Sie Alkohol?	nie	1x Monat	2-4x Monat	2-3x Woche	4x Woche
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wieviel Gläser trinken Sie?	1-2	3-4	5-6	7-8	9 oder mehr
Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholhaltige Gläser getrunken?	nie	< 1x Monat	1x Monat	1x Woche	täglich

(1 Glas Alkohol entspricht: 0,33l Bier, 0,25l Wein/Sekt, 0,02l Spirituosen)

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? nein ja (Woche.....) Stillen Sie?.....

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen psychische/psychiatrische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?
.....

Hatten Sie in der letzten Zeit Fieber? Ja / Nein

Hatten Sie bereits eine Corona-Infektion? Ja / Nein Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie bereits eine Corona Impfung Nein Ja, mit welchem Impfstoff? _____

1. Impfung am: _____ 2. Impfung am: _____

Haben Sie von Ihrem Hausarzt einen Medikationsplan? Bitte geben Sie diesen an der Anmeldung ab!

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Sind Sie im HNO-Bereich schon einmal voroperiert worden? (OP, Jahr, Krankenhaus)
.....

Entbindung der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass meine **Daten und Befunde** im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen übermittelt werden dürfen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Hausarzt
(Name, Anschrift)

überweisender Arzt.....
(Name, Anschrift)

bestimmte Personen
Wichtig! (Namen, Vornamen eintragen) z.B. Ehemann/Ehefrau, Kind(er), Eltern oder Betreuer.

weiterbehandelnde Ärzte Krankenhaus Krankenkasse Medizinischer Dienst

Hinweis zum Datenschutz

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz als Anlage erhalten und verstanden.
Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift:.....