



**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? nein ja (Anzahl Zigaretten pro Tag:.....)

Besteht bei Ihnen Drogenkonsum? nein.....ja .....

**Bitte 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	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, wie z.B. Herz, Lunge, Leber o.a.?

.....

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

.....

Medikamente, die Sie regelmäßig nehmen/ nehmen sollten:

**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) 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:**.....