

Liebe Patientin, lieber Patient,
 bitte beantworten Sie die unten aufgeführten Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Gesundheit
 gewissenhaft. Sollte der Raum für Eintragungen nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die
 Rückseite dieses Formulars. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Tel. _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Arzt andere Person

Internetauftritt Zeitung Fernsehen Telefonbuch Praxisschild Sonstiges: _____

Welche *Beschwerden* führen Sie in unsere Praxis? _____

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit irgendwelche *Medikamente* ein? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

Leiden Sie an *Allergien* gegen Pollen, Milben, Medikamente oder anderes? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein

Leiden Sie unter Sodbrennen, ständigem Räuspern oder Verschleimung? ja nein

Falls Sie mindestens eine der letzten 3 Fragen mit „ja“ beantwortet haben:

Haben Sie Interesse an einer Vorsorgeuntersuchung des Kehlkopfes? ja nein

Leiden Sie unter irgendeiner *chronischen Erkrankung* (z.B. hoher Blutdruck, Herzerkrankungen,
 Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen, Depression, zu hohe Blutfettwerte
 oder anderes) oder *ansteckenden Krankheiten* (z.B. HIV, Hepatitis, TBC)? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

Hatten Sie schon einmal irgendeine *Operation* (HNO oder anderes)? ja nein

Wenn ja, bitte OPs mit Jahr der OP auflisten: _____

Wurde bei Ihnen die Diagnose einer *bösartigen Erkrankung* („Krebs“) gestellt? ja nein

Wenn ja, um was für eine Geschwulst handelt es sich? _____

Jahr der Diagnose: _____

Fragen zum Datenschutz:

Die HNO-Praxis darf Berichte über mich an andere Ärzte senden. ja nein

Die HNO-Praxis darf med. Befunde über mich bei anderen Ärzten anfordern. ja nein

Nur von Frauen zu beantworten:

Liegt eine *Schwangerschaft* vor? ja nein

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass ich vereinbarte, aber nicht benötigte Termine spätestens eine Stunde vor
 dem Termin z.B. telefonisch oder per E-Mail absagen muss. Andernfalls kann mir der nicht
 genutzte Termin mit 25 € in Rechnung gestellt werden.

Datum _____

Unterschrift _____