

**NAME:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 wir begrüßen Sie herzlich in unserer HNO- Praxis! Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können.

**Aktuelle HNO-Beschwerden:** \_\_\_\_\_

Hausarzt	Ihr Beruf	Krankenversicherung	Allergien
Ihre Telefonnummer	Ihre E-Mail-Adresse	Ausgeübter Sport	Chronische Leiden

- Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen? (hoher Blutdruck etc.)  ja  nein
- Sind Sie Schrittmacher-Träger?  ja  nein
- Sind Sie zuckerkrank?  ja  nein
- Rauchen Sie ? Wenn ja wieviel?.....  ja  nein
- Leiden Sie an Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein
- Nehmen Sie Blut verdünnende Medikamente ein?  ja  nein
- Leiden Sie an Magen-Darm-Erkrankungen?  ja  nein
- Haben Sie eine Tumorerkrankung?  ja  nein
- Wurden Sie im HNO-Bereich operiert? Falls ja, welche Operationen?  
 .....  ja  nein
- Tragen Sie ein Hörgerät? Seit wann? .....  ja  nein
- Leiden Sie unter Allergien, **Medikamentenallergien**, wenn ja unter welchen?  
 .....  ja  nein
- Leiden Sie an Infektionskrankheiten: z. B. HIV, Hepatitis, TB?  
 Wenn ja, unter welchen?  
 .....  ja  nein
- Patientin:** Sind Sie schwanger?  ja  nein
- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? .....
- Besteht eine private Zusatzversicherung für ambulante Arztbehandlung?  ja  nein
- Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Behandlung?  ja  nein

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

- Internet: Google  Doctena  Homepage
- Empfehlung: Arzt  Bekannte  Praxisschild
- Print: Branchenbuch  Wegweiser  Zehlendorf Kompakt

**Überweisung von Dr.** .....

Ich stimme den angelegten Datenschutzbestimmungen zu und bin einverstanden, dass wir oder unsere Mitarbeiter Ihnen Ihre Laborwerte auf eigenen Wunsch per Mail zukommen lassen und Sie über Ihre eigenen Belange telefonisch oder per Mail Auskunft erhalten. Des Weiteren bin ich einverstanden, zwecks Terminvereinbarung telefonische oder per mail kontaktiert zu werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Berlin, den ..... Unterschrift .....

**Vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung.**