IHRE HNO SPEZIALISTEN IN DÜSSELDORF

## Patienten-Anamnese

## Sehr geehrte Patienten,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer HNO-Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre Beschwerden unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zu Ihrer Person (_) m (_) w (_) d	
Name, Vorname	Geburtsdatum:
Straße: PLZ	
Ort:	
Tel. Privat Tel. Mobil	
E-Mail:	
Beruf	
Rauchen Sie (_) NEIN (_) JAZigaretten/Tag, Trinken Sie regelmäßig Alkohol (_) JA (_) NEIN	
Aufgrund der Datenschutzrichtinien bevollmächtige Pers	sonen bzw. Notfallkontakt
1. Name, Vorname	_
Geb. Datum: Telefonnummer	
2. Name, Vorname	_
Geb. Datum: Telefonnummer : _	
Wie sind Sie versichert?	
(_) gesetzlich Name der Krankenkasse	
Haben Sie eine private Zusatzversicherung für Krankenhaus Wenn Ja welche? (_) 1-Bett Zin	
(_) privat Name der Krankenkasse Beihilfeberechtigt (_) JA bitte 2. Bogen ausfüllen	( ) NEIN

## DR. OLAF BRAUSER DR. SABINE JÖRG & KOLLEGEN



IHRE HNO SPEZIALISTEN IN DÜSSELDORF

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand
Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse)?
Bei welchen Fachärzten sind Sie zurzeit in Behandlung?
Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn Ja, welche?  (_) JA (_) NEIN
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel z.B. ASS oder Marcumar? (_) JA (_) NEIN
An welchen Erkrankungen leiden Sie (z.B. Bluthochdruck, Herzschwäche, Diabetes, Asthma, Epilepsie)?
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte führen Sie nicht nur Ihre Schmerzmedikamente, sondern alle Medikamente inkl. Naturheilmittel auf
Wurden Sie im HNO-Gebiet bereits operiert? (_) NEIN (_) JA
(_) Nase/Nasennebenhöhlen (_) Ohren (_) links (_) rechts/ (_) Mandeln (Tonsillen) (_) Polypen/Adenoide (_) Kehlkopf
Wenn JA, wann und wo:
Erklärung: Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit. Änderungen werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen.
Ort, Datum
Unterschriftggf. gesetzl. Vertreter