

Dr. med. Christian-A. Conrad
Dr. med. Peter Bohlmann
PD Dr. med. Benedikt Sedlmaier
PD Dr. med. Andreas Haisch

HNO
ZENTRUM

Herzlich Willkommen im HNO Zentrum. Wir bitten Sie, in Vorbereitung Ihres Praxisbesuchs, diesen Fragebogen auszufüllen, um unsere Behandlung auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen zu können.

Name

Vorname

Geburtsdatum (dd/mm/Jahr)

Email

Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)

Mobilnummer (+49 xxx xxx)

Festnetznummer (+49 xx xxx)

ggf. Erziehungsberechtigter / Vormund

Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)

Beruf

Krankenversicherung

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Hausarzt (Vorname, Nachname)

Fachgebiet (z.B. Internist, Allg.-Medizin)

Persönliche Anmerkungen

Rauchen Sie? Nein . Ja : Wieviel/d? Seit wann? (Jahren)

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (Bitte kreuzen Sie zutreffendes an):

Herzerkrankungen Bluthochdruck Diabetes mellitus - Typ

Schilddrüsen- Funktionsstörung Glaukom Blut- Gerinnungsstörungen

Krebserkrankung ggf. welche:

Sonstige :

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein Falls ja, welche?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein Falls ja, welche? (Kontakt-Allergie, Inhalative Allergie, Nahrungsmittelallergie, Unverträglichkeiten, Alkoholintoleranz)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Leiden Sie unter Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein Falls ja, welche?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wurden Sie bei Ihnen Operationen im HNO-Fachgebiet durchgeführt? Falls ja, welche und wann?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte Hausarzt Krankenhaus Internet

Branchenbuch Sonstiges

Berlin, den

Unterschrift