

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"/>

---

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

<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