



HNO-Facharztzentrum in Tegel

Dr. med. Hans-H. Lauterbach, M.Sc. und Andreas Ramshorn

Schloßstraße 5 (Haus B, 4. Stockwerk), 13507 Berlin (Alt-Tegel)
Telefon 030 - 437 77 690, eMail: info@hno-fazit.de

Patientenaufnahmebogen (Anamnesebogen)

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Sie begeben sich zum ersten Mal in unsere Behandlung - oder waren längere Zeit nicht mehr hier. Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir um möglichst vollständige Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben sind selbstverständlich nur freiwillig zu machen und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank.

| | | |
|-----------------------|--|-------------------------|
| Patient | | Telefon (privat) |
| Herr/Frau/Kind _____ | | |
| Name: _____ | Vorname: _____ geb. _____ | |
| Mitglied: _____ | | |
| Name: _____ | Vorname: _____ geb. _____ | Telefon (dienstlich) |
| Anschrift: _____ | | |
| PLZ _____ | Ort _____ Straße, Hausnummer _____ | |
| Beruf: _____ | Arbeitgeber: _____ Ort: _____ | |
| (ggf. früherer Beruf) | | |
| Krankenkasse: _____ | Zuweisender Arzt und / oder Hausarzt: _____ | |

1. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen _____ |

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Blutverdünnungsmedikamente)?

Ja Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: _____

3. Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: _____

4. Leiden Sie an Allergien oder Asthma?

Ja Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: _____

5. Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

6. Aktuelle Beschwerden:

7. Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung sicher zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus meinen Behandlungsunterlagen im Vertretungsfall und/oder Praxisübergabe den betreffenden Ärzten hier in der Praxis zugänglich gemacht werden dürfen.

Ja Nein

8. Dürfen wir Sie ggf. an wichtige, zeitgebundene Termine (z.B. Impfungen oder Allergie-Therapien) erinnern?

Ja Nein

9. Zum Schluss: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von Dr..... | <input type="checkbox"/> Empfehlung von Bekannten |
| <input type="checkbox"/> mehr oder weniger zufällig | <input type="checkbox"/> durch das Internet |
| <input type="checkbox"/> sonstiges..... | |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Nur bei Behandlungswunsch trotz fehlender Krankenversicherungskarte:

Ich wünsche die sofortige Behandlung. Sofern ich allerdings meine fehlende Krankenversicherungskarte nicht innerhalb von 10 Tagen nach erfolgter Erstbehandlung zur Abrechnung vorlege, muss mir laut Gesetz die gesamte Behandlung nach GOÄ privat in Rechnung gestellt werden, die bei vorliegender Versicherungskarte ansonsten eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenkasse wäre.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift