

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Bitte kreisen Sie die zutreffende Aussage ein!

Patient
 Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
 Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Größe: cm Gewicht: kg

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Büro) Mobil

Hausarzt Beruf

Krankenkasse

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein **Haben Sie Haustiere?** ja / nein **Schnarchen Sie?** ja / nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen/Tagesmüdigkeit? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen (HNO)? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit: ja / nein Wenn ja, welche _____

Wie viele Antibiotikapflichtige Infekte (z.B. Mandelentzündung) hatten Sie in den letzten 12 Monaten: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen? Z.B.:

Bluthochdruck	Gefäßerkrankung	Herzerkrankung	Diabetes mellitus	Augenerkrankung
Lebererkrankung	Nierenerkrankung	Schilddrüsenerkr.	Asthma / COPD	Migräne
Krebserkrankung	Gemütskrankung	Hauterkrankung	Hepatitis / HIV	Sonstige

Wenn ja, welche: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Bluthochdruck	Gefäßerkrankungen	Herzerkrankung	Schlaganfall	Migräne
Krebserkrankungen	Diabetes mellitus	Allergien	Asthma / COPD	

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Blutverdünner? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Tragen Sie Hörgeräte? nein Ja..... falls ja wie viele:
 ein zwei seit

bitte wenden



Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

65385 Rüdesheim am Rhein
Fürstbischof-Rudolf-Str. 10
Tel.: 067224957075

Welche Beschwerde führen Sie heute zu uns?

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift