

Dr. med. Axel Rösler

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Im Interesse einer für Sie optimalen, qualitativ hochwertigen Behandlung bitten Wir um folgende Angaben. Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname: _____ Geb.datum: _____

Telefonnummer: _____ Hausarzt: _____

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis: _____

Nehmen Sie regelmäßig irgendwelche Dauer-Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente oder andere Allergien, wie Heuschnupfen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie täglich Alkohol? Ja Nein

Leiden Sie unter Sodbrennen, ständigem Räuspern oder Verschleimung?

Ja Nein

Falls Sie mind. Eine der letzten 3 Fragen mit Ja beantwortet haben: Möchten Sie **heute** eine Kehlkopfkrebsvorsorgeuntersuchung? Die Vorsorgeuntersuchung ist eine private Zusatzleistung. Die Kosten betragen **19,92€** nach GOÄ und können hier bar bezahlt oder überwiesen werden.

Ja Nein

Bitte wenden für Rückseite _____>

Leiden Sie unter irgendeiner chronischen Erkrankung (z.B. hoher Blutdruck, Herzerkrankung, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung, Depressionen) oder ansteckende Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC)?

Ja Nein Wenn ja, bitte auflisten: _____

Wurden Sie bereits im HNO-Gebiet operiert? Ja Nein

Wenn ja, bitte Operationen nennen: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Unterschrift des Patienten _____

Datum _____