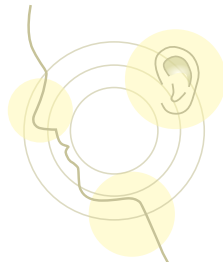


ANAMNESE



DR. MED.
DAVID REINHARDT

SEITE 1

FACHARZT FÜR HALS-NASEN-
OHRENHEILKUNDE BAD WÖRISHOFEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER HNO PRIVATPRAXIS!

Als Neupatient benötigen wir von Ihnen, neben den Angaben zu Ihrer Person, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die HNO-fachärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen, er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel. beruflich _____

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

WER IST IHR HAUSARZT?

Name _____ Ort _____

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

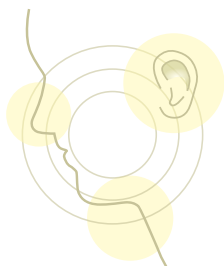
von Bekannten / Familie empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung / Empfehlung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

BITTE WENDEN ►

ANAMNESE



DR. MED. DAVID REINHARDT

SEITE **2**

FACHARZT FÜR HALS-NASEN-
OHRENHEILKUNDE BAD WÖRISHOFEN

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

ja nein

Leiden Sie an akuten oder chronischen
Erkrankungen des Herzens und/oder des Kreislaufs?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Blutungsneigung vor
oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine Infektions-
krankheit (z.B. Hepatitis, TBC o.ä.)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Erkrankungen
der inneren Organe?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck? ja nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus? ja nein

Wenn ja: insulinpflichtig Tabletten

Sind chronische Erkrankungen des
Nervensystems bekannt? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), üblicherweise mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz, in Ausnahmefällen und mit Begründung bis zum 3,5-fachen Steigerungssatz.

Ich bin mir im Klaren, dass eine Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, DAK) auf Kostenersatzung nicht besteht.

Weiterhin bin ich darüber aufgeklärt, dass ein Anzweifeln bzw. eine Nichtanerkennung der erbrachten Leis-

Besteht eine Allergie oder
Arzneimittelunverträglichkeit? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen eine
Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gewicht _____ kg | Körpergröße _____ cm

Wurde bei Ihnen jemals eine
Röntgenuntersuchung durchgeführt? ja nein

Wurde bei Ihnen früher eine
Untersuchung mit radioaktiven
Stoffen durchgeführt (z. B. Szintigraphie)? ja nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Strahlen-
behandlung durchgeführt (z. B. Krebsbestrahlung)? ja nein

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Ort / Datum

Unterschrift