



Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Sie begeben sich heute das erste Mal in unsere Behandlung - oder waren lange nicht mehr hier. Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, vielen Dank.

Patient

Herr  Frau  Divers  Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Angehöriger / Erziehungsberechtigter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Beruf

\_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Mit welchen aktuellen Beschwerden kommen Sie in meine Sprechstunde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?  nein  ja (bitte angeben)

Rauchen Sie?  nein  ja

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen (z.B. Herz, Bluthochdruck) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV)?  
Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_



Bereits durchgeführte HNO-Operationen?  keine  ja (bitte angeben)

---

---

Sind Allergien bekannt?  nein  ja (bitte angeben)

---

---

Sind Sie schwanger?  nein  ja

Stillen Sie z. Zt?  nein  ja

falls ja, welche Woche

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der umseitig gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Nur bei Behandlungswunsch trotz fehlender Krankenversicherungskarte:**

Ich wünsche die sofortige Behandlung.  
Sofern meine fehlende Krankenversicherungskarte nicht bis zum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ von mir vorgelegt wird, wird mir die  
Behandlung nach GoÄ privat in Rechnung gestellt, die sonst bei vorliegender Versicherungskarte eine Sachleistung der gesetzlichen  
Krankenkasse wäre. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift