



Patientenaufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Im Interesse einer für Sie optimalen, qualitativ hochwertigen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, vielen Dank.

Name:	Vorname:
Telefon:	Hausarzt:

Haben Sie Allergien gegen Pollen oder Hausstaub?

- Ja, gegen: Frühblüher (Bäume) Gräser/Rogen Hausstaubmilben
 Tierhaare (Hund, Katze, Meerschw., Pferde)
 sonstige: _____
- Nein

Haben Sie Probleme mit dem Hören?

- Ja
 Nein
 Weiß nicht, ich wünsche einen Hörtest

Haben Sie Allergien gegen Medikamente?

Gegen welche Medikamente sind Sie allergisch?	<input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Penicillin <input type="radio"/> sonstige, welche: _____ _____ _____
---	--

Angaben zu Vorerkrankungen:

Wurden Sie bereits im HNO Gebiet operiert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ohr <input type="radio"/> Nase / Nebenhöhlen <input type="radio"/> Mandeln <input type="radio"/> Sonstige: _____ _____
Haben Sie Diabetes / Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Leiden Sie unter einer Herzkrankheit/Bluthochdruck?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Aspirin, ASS)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja



Wir möchten, dass Sie nie mehr einen wichtigen Termin zur Nachsorge oder Kontrolle verpassen. Deshalb bieten wir einen besonderen Service für Ihre Sicherheit an und möchten Sie an diese Termine erinnern.

- Ja, ich möchte an meine Kontroll-/ Nachsorgetermine erinnert werden
 Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Des Weiteren bieten wir unseren Patienten zusätzliche exklusive Informationen über aktuelle Krankheitsbilder, neue Therapien, Vorsorgeuntersuchungen und Innovationen im HNO Bereich an. Diese werden über Email an Sie versendet.

- Ja, ich möchte in regelmäßigen Abständen über Email informiert werden
Meine Email Adresse lautet: _____@_____

- Nein, ich möchte keine Emails erhalten

Alle Informationen über Ihre Gesundheit sollten bei Ihrem Hausarzt zusammenlaufen. Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt nach Ihrer Behandlung einen Brief erhält?

- Ja
 Nein

Falls in meinem Krankheitsfall sinnvoll, bin ich mit einer entsprechenden, weiterführenden Beratung einverstanden.

- ja nein weiß nicht

Naturheilkunde wird in unserer Praxis GROSS geschrieben. Aus dem Schatz der Natur bieten wir Ihnen gerne die passende Lösung an. Bei vielen Krankheitsbildern kann die Homöopathie, Akupunktur, Magnetfeldtherapie oder Bioresonanztherapie einen wertvollen Therapieimpuls geben. Wünschen Sie eine entsprechende Therapie, wenn Sie zu Ihrem Krankheitsbild passt?

- ja nein weiß nicht



Krebsvorsorge im HNO Bereich

Der Kehlkopfkrebs ist der häufigste bösartige Tumor der oberen Atemwege. Krebs der Mundhöhle und des Rachens stehen weltweit an 6. Stelle aller Krebserkrankungen, beim Mann sogar an 4. Stelle.

Krebs im HNO - Bereich entsteht schleichend und wächst lange unbemerkt.
Nur wenn er früh erkannt wird, kann er vollständig geheilt werden!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen	Ja	NEIN
Sind Sie älter als 40 Jahre?		
Sind Sie Raucher oder Passivraucher?		
Trinken Sie Alkohol?		
Leiden Sie an Sodbrennen oder haben Sie oft Magenbeschwerden?		
Gibt es in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen im Kopf- Hals- Bereich?		
Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit atemwegsschädigenden Stoffen ausgesetzt?		

Wenn Sie einmal ja ankreuzen mussten, sollten Sie eine HNO- ärztliche Krebsvorsorgeuntersuchung vornehmen lassen. Diese Vorsorge ist nicht Bestandteil der normalen HNO Ärztlichen Untersuchung.

Der *deutsche Berufsverband der Hals- Nasen- Ohrenärzte e.V.* hat sich entschlossen diese Versorgungslücke zu schließen.

Wir bieten Ihnen diese schnell und schmerzlos durchzuführende Untersuchung in einer speziellen Präventionssprechstunde an.

Falls Sie eine Vorsorge wünschen, bestätigen Sie dies bitte mit einem Kreuz.

<input type="checkbox"/>	Erweiterte Tumorstudie im HNO Bereich: untersucht werden alle sichtbaren Schleimhäute von Nase, Nasenrachen, Mundhöhle, Mundrachen, Kehlkopf, untere Rachenanteile und Luftröhre. Ultraschall des Halses und der Schilddrüse
--------------------------	---

Wir danken Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.
Wir wünschen Ihnen bei Ihrer Genesung eine gute Besserung!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der auf beiden Seiten gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift