

Es gilt von Arztseite die Schweigepflicht gegenüber Dritten.

Aktuelles Datum:			
Nachname, Vorname:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Telefon:		eMail:	
Hausarzt:		Beruf:	
Geschlecht:	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers

Medikamenteneinnahme:

Ich verweise auf den beiliegenden Medikamentenplan: ☐

Rauchen-/Alkohol-/Drogenkonsum: ja/ nein Welche Substanz: _____
Häufigkeit:

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja/nein Geplanter Entbindungstermin: _____

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung:

Wie lange haben Sie bereits diese Beschwerden?

Haben Sie bereits etwas gegen diese Beschwerden gemacht? Wenn ja, was?

Vorerkrankungen unabhängig vom Therapiewunsch (auch psychische):

Bisher erfolgte Operationen (vor allem im HNO-Gebiet):

Bekannte Allergien (gegen Medikamente, Pollen, Tierhaare, Nahrungsmittel usw.):

Die Datenschutzerklärung finden Sie unter www.hno-machern.de/datenschutz.

Datum: _____ Unterschrift Patient/ Betreuer: _____