

Liebe Patienten,

vielen Dank, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen.



HNO IM PALAIS

DR. TUNA & KOLLEGEN

HNO IM PALAIS
Dr. med. Altug Tuna
Kennedyallee 70A
60596 Frankfurt am Main

Wir freuen uns sehr, Sie im **HNO IM PALAIS** begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre körperlichen Beschwerden unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

I. Angaben zu Ihrer Person

m w d

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Ort

Tel. privat

Mobil

E-Mail

Telefon dienstl.

Arbeitgeber

Beruf

Notfallkontakt

Name, Vorname

Bezug

Telefon

2. Wie sind Sie versichert?

gesetzlich

oder

privat

Name Krankenkasse

Name Krankenkasse

Stationäre Zusatzversicherung

Ja, bei folgender Versicherung:

Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname

Geb. Datum

3. Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse)?

Bei welchen Fachärzten sind Sie zurzeit in Behandlung (Name, Adresse)?

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche

Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel, z. B. ASS oder Marcumar?

Ja Nein

An welchen Erkrankungen leiden Sie (z.B. Bluthochdruck, Herzschwäche, Diabetes, Asthma, Epilepsie ...)?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(Bitte führen Sie nicht nur Ihre Schmerzmedikamente, sondern alle Medikamente inkl. Naturheilmittel auf)

Wurden Sie im HNO-Gebiet bereits operiert?

- Nein Ja Nase/Nasennebenhöhlen Ohren Mandeln (Tonsillen)
 andere Operationen _____

Wenn ja, wann und wo? _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen vom Kopfbereich angefertigt?

Nein Ja Wann? _____

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?

Nein Ja

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel durchschnittlich pro Tag?

Nein Ja pro Tag _____

Für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft bzw. Stillzeit?

Nein Ja Woche _____

4. Was ist der Grund Ihres Besuches?

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in die Praxis?



Hals

- Schluckbeschwerden Hustenreiz Schnarchen / Schlafapnoe
 geschwollener Lymphknoten Heiserkeit Sonstiges _____



Nase

- Nasenatmungsbehinderung Nasennebenhöhlenbeschwerden
 Nasenkorrektur Nasenbluten
 Kopfschmerzen Retronasaler Schleimfluss
 Geruchs-/Geschmacksstörungen Sonstiges _____



Ohren

- Hörminderung Ohrgeräusche Schwindel
 Ohrenschmerzen Sonstiges _____

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

seit _____ Tag(en) oder _____ Woche(n) oder _____ Monat(en)

5. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung von _____ HNO Webseite Google Jameda
 Telefonbuch Sonstiges Überweisung von _____

Erklärung

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum _____

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Per E-Mail senden