

## Liebe Patienten,

vielen Dank, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen.



### HNO IM PALAIS

DR. TUNA & KOLLEGEN

**HNO IM PALAIS**

Dr. med. Altuğ 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.

### 1. 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 Krankenversicherungsmittglied 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**