

HNO-Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Rabea Hancke/Dr. med. Moritz Immendorfer

Mittlere Ortsstraße 95/96 – 76761 Rülzheim

Tel. 07272-9029407

Liebe Patientin, lieber Patient!

Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, vielen Dank!

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Handy _____ Email _____

Hausarzt _____ Größe, Gewicht _____

Beruf _____ Krankenkasse _____

Vorerkrankungen

a) Im HNO-Bereich

Operationen _____

(Dauer)Diagnosen _____

b) Weitere allgemeine Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkt)

Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten (z.B Penicillin)

a) Sind bei Ihnen Medikamentenallergien/-unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche (z.B. Penicillin): _____

b) Sind andere Allergien bekannt? (z.B. Pollen, Hausstaubmilben...) Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Medikamente

a) Nehmen Sie Blutverdünner ein? Ja Nein

Wenn ja, welche (z.B. ASS, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Marcumar)? _____

b) Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes („Zuckerkrankheit“) ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

c) Nehmen Sie Blutdrucktabletten ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

d) Nehmen Sie andere Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allgemein

- a) Sind Sie schwanger? Ja Nein
- b) Stillen Sie derzeit? Ja Nein
- c) Rauchen Sie? Ja Nein
- d) Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja Nein
- d) Liegt eine Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis) vor? Ja Nein

Wenn Ja, bitte den behandelnden Arzt informieren!

Krebs-Vorsorgeuntersuchung

Möchten Sie die jährliche **Kehlkopfkrebs- und Rachenkrebs-Vorsorge** wahrnehmen?

Diese Leistung wird derzeit nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.
(Selbstzahlerleistung)

Sprechen Sie uns gerne an für weitere Informationen! Ja Nein

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in dieser Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz ist in der Praxis ausgehängt und offen zugänglich, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen z.B. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Rezepte, Befunde, Berichte, Formulare u.ä. an eine von mir mit der Abholung beauftragten Person ausgehändigt werden dürfen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Rülzheim, den _____

Unterschrift Patient _____