



Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine genaue Therapie planen und mögliche Risiken bzw. Komplikation abwägen zu können, ist es für uns von größter Wichtigkeit, Ihren genauen Gesundheitszustand zu kennen. So können wir uns individuell auf Sie einstellen und mögliche Risiken vermeiden.

Dieser Fragebogen ersetzt natürlich nicht das ärztliche Gespräch, sondern dient als Grundlage für die folgende Untersuchung. Hier können Sie dann Fragen stellen und Wünsche für die Versorgung äußern.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer Einverständniserklärung an dritte Personen wie Hausärzte weitergegeben.

Vielen Dank!

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Arbeitgeber / Ort _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein
Basistarif ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon- / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____

Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein



Anamnesebogen

Warum suchen Sie uns auf?

Unfall ja nein

Ohren

Ohrenschmerzen links rechts beide Ohren

Hörminderung links rechts beide Ohren

Tinnitus (Ohrgeräusche) links rechts beide Ohren

Schwindel ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte zusätzlich unseren Schwindel-Fragebogen aus!

Nase - Nasennebenhöhlen

Nasenatmungsbehinderung („verstopfte Nase“) ja nein

Verminderter Geruch/Geschmack ja nein

Nasenbluten ja nein

Wenn ja, tritt es häufiger auf? ja nein

Mundhöhle/Rachen

Husten ja nein

Heiserkeit ja nein

Schluckbeschwerden ja nein

Globusgefühl („Kloß im Hals“) ja nein

Schnarchen / Schlafapnoe ja nein

Atmen Sie vorwiegend durch den Mund? ja nein

Haben Sie weitere Schmerzen oder Symptome, die noch nicht genannt wurden?

Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen? ja nein

Wurden Sie bereits einmal im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich operiert? ja nein

Wenn ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Blutverdünner, ASS) ein? Wenn ja, welche? ja nein

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor?
Wenn ja, gegen welche? ja nein

Leiden Sie an Allergien?

ja nein

Wenn ja, an welchen?

Gräser/Blütenpollen

Baumpollen

Tierhaare

Hausstaubmilben

Nahrungsmittel

weitere:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

Herzens (z. B. Angina pectoris) ja nein

Leber (z. B. Hepatitis / Gelbsucht) ja nein

Nieren ja nein

Schilddrüse ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Gelenke (z. B. Rheuma) ja nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck ja nein

Erhöhte Blutfettwerte ja nein

Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) ja nein

Infektionskrankheiten (z. B. Tbc, AIDS/HIV) ja nein

Wenn ja, welche?

Krebserkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, welcher Monat?

Hiermit bestätige ich, die vorangehenden Angaben korrekt und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift