



# Praxis für HNO-Heilkunde / Schlafmedizinisches Zentrum in Rimpar

## Patientenaufnahme

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt / Hausarzt: \_\_\_\_\_ Vorherige Behandlung HNO-Arzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Medikamente: Ja  Nein  Wenn „Ja“ Welche: \_\_\_\_\_

Besteht eine Herz-/Kreislaufkrankung: Ja  Nein  Wenn „Ja“ Welche: \_\_\_\_\_

HNO-Operationen: Ja  Nein  Wenn „Ja“ Welche: \_\_\_\_\_

Allergien: Ja  Nein  Wenn „Ja“ Welche: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: Ja  Nein  Typ I  Typ II  Insulinpflichtig: Ja  Nein

Blutungsneigung / Blutverdünner: Ja  Nein

Hepatitis: Ja  Nein  Typ A  Typ B  Typ C  HIV positiv: Ja  Nein

Schwangerschaft: Ja  Nein  Stillen: Ja  Nein

Röntgenaufnahmen: Ja  Nein  CT  MRT  Wenn „Ja“ Wann: \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie häufig Lärm ausgesetzt: Ja  Nein

Tragen Sie Hörgeräte: Ja  Nein  Wenn „Ja“ seit Wann: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten zur Befunderstellung an die Leistungserbringer (weiterbehandelnde Ärzte und Institutionen wie z.B. Kliniken, etc.) schriftlich übermittelt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Stellvertreter

**Alle Angabe unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz!**

**Dr.med.Andreas Meyer**

Facharzt f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ♦ Stimm- u. Sprachstörungen ♦ Allergologie

Kirchenstr. 5, 97222 Rimpar

Tel.: 09365 – 8824-50 ♦ Fax: 09365 – 8824-40