

Ihr Name:
Ihre Telefonnummer:
Ihr Hausarzt mit Vor- und Zunamen:
Bereits bei einem anderen HNO-Arzt in Behandlung? Wenn ja, warum:
Sind Sie schwerhörig?
Welche Allergien (z.B. Heuschnupfen, gegen Medikamente) haben Sie?
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> morgens Niesattacken <input type="checkbox"/> eine chronisch verstopfte Nase Haben Sie oder fühlen oder empfinden Sie...?
<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> ständig Infekte <input type="checkbox"/> eine geminderte Schlafqualität
(Welchen) Tierkontakt haben Sie?
Sind Sie zuckerkrank? Insulin? (Wieviel) rauchen Sie?
Haben Sie ansteckende Erkrankungen (Hepatitis B oder C, HIV)?
Nehmen Sie Blutverdünner? ASS100 / Falithrom / Marcumar / Plavix / _____
Haben Sie Sodbrennen? Magenspiegelungen? Säureblocker?
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Wir bieten Vorsorge und spezielle Therapieverfahren an, die als **Wunschleistungen** kostenpflichtig sind. - Sind Sie daran interessiert? Bitte kreuzen Sie an:

Tauglichkeitsuntersuchungen (z.B. Tauchen)	Gehörprüfung (wenn als Vorsorgeleistung)
Tinnitus-Analyse	Allergietests (z.B. vor Anschaffung eines Haustiers)
Akupunktur (z.B. gegen Allergien, NNH-Probleme)	Beratungssprechstunde (z.B. bei chronischer Nebenhöhlenentzündung)

Berlin, den _____

Unterschrift: _____