Dr. med. Kai Wonneberger · Dr. med. Uta Stierstorfer (ang) · Fachärzte für HNO-Heilkunde

Liebe Patientin ! Lieber Patient !

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name, Vorname: **Geb.-Datum:**

Telefonnummer: …… Email……..

Hausarzt:…….. Arzt: Dr. Wonneberger oder Dr. Stierstorfer

Leiden Sie an Erkrankungen

des Herzens z.B. hoher Blutdruck – Herzschwäche – Herzfehler ?…..……..

der Lunge z.B. Asthma – chronische Bronchitis ?……..……

des Magen-Darmtraktes z.B. Darmerkrankungen, Magengeschwür ?……..

der Nieren z.B. Nierenschwäche/ Niereninsuffizienz ?...……

der Leber z.B. Leberzirrhose, chronische Hepatitis ?...……...

des Skelettsystems z.B. chronische Rückenschmerzen, Osteoporose ?...……...

Werden Sie derzeit wegen anderer Erkrankungen behandelt? ……

……...

Leiden Sie an **Diabetes mellitus** („Zuckerkrankheit“) □ ja/ nein □

Leiden Sie an Erkrankungen der **Schilddrüse**? □ ja/ nein □

Wurden in der Vergangenheit **Operationen im HNO-Bereich** durchgeführt? □ ja/ nein □

Wenn ja, welche und wann? ……

……..

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? □ ja/ nein □

Wenn ja, welche? …….

……..

(z.B. gegen hohen Blutdruck, für Zuckerkrankheit, gerinnungshemmende Medikamente)

Rauchen Sie regelmäßig z.B. **Zigaretten**? Wenn ja, wie viele? ____/Tag □ ja/ nein □

Sind bei Ihnen **allergische Erkrankungen** (Allergien) bekannt? □ ja/ nein □

Wenn ja, welche? …….

Bestehen bei Ihnen **Unverträglichkeiten** gegenüber Medikamenten? □ ja/ nein □

Wenn ja, welche?

……

Hinweis: *zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken erfolgt eine Speicherung und Bearbeitung Ihrer Daten. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass eine Terminabsage mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen muss. Bei Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin ohne vorherige Absage erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 30-50 €. Sie erreichen uns telefonisch und jederzeit z.B. per email oder SMS*

Datum, Unterschrift: **……..,** ……

Dr. med. Kai Wonneberger · Dr. med. Uta Stierstorfer (ang) · Fachärzte für HNO-Heilkunde

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden entsprechend § 73 Abs. 1 SGB V

_ _

Name, Vorname

_ _

Geburtsdatum

_ _

Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt, die Fachärzte und Behandlungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt und zur weiteren Dokumentation und Behandlung verwendet.

- Ich bin damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dres. Wonneberger & Stierstorfer Behandlungsdaten und Befunde von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen, bei denen ich in Behandlung bin/ war, einholt und zur weiteren Dokumentation und Behandlung verwendet.

- Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann.

_ _

Datum, Unterschrift des Patienten

_ _

Datum, Unterschrift Arzt