



PATIENTENANMELDUNG

Name des Patienten _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon _____ Beruf _____

Name des Hauptversicherten _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Überweisender Arzt: Name, Adresse _____

Wie sind Sie zu uns gekommen?

Überweisung
 Empfehlung
 Internet
 Telefonbuch

Einverständniserklärung

Ich bin über die Erkrankung – die meines Kindes – und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie über typische Gefahren der vorgesehenen Behandlung informiert, wie Schwellung, Entzündung, Nachblutung und Beeinträchtigung von Nerven (Gefühlsstörung). Ich bin mit der geplanten Operation einverstanden. Mir ist bekannt, dass das Führen eines Fahrzeuges nach einem operativen Eingriff ärztlicherseits nicht verantwortet werden kann.

Um bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Stehen Sie in ständiger Behandlung? JA NEIN
 Wenn ja, welche Krankheit: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____

Haben Sie in den letzten 7 Tagen ASS (Aspirin) genommen? JA NEIN

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

JA NEIN

Wenn ja, gegen welche? _____

z. B. Jod?

Antibiotikum?

Pflaster

Besteht eine Schwangerschaft?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Leiden Sie an:

JA NEIN

Herzerkrankungen?

Kreislaufbeschwerden?

Atembeschwerden?

Bluthochdruck?

Schilddrüsenerkrankung?

Zuckerkrankheit?

Lebererkrankung?

Neigung zu Epilepsie?

Blutungsneigung?

Immunschwäche?

Infektion (HIV, Hepatitis)?

Lippenherpes?

Datum, Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters _____