

Fragebogen für neue Patienten

Name, Vorname:

Straße, PLZ Ort:

Geburtsdatum: Telefon privat:

Telefon geschäftlich: Telefon mobil:

Beruf: Kasse/Versicherung:

Größe: cm Gewicht: kg stationäre Zusatzversicherung: () ja () nein

Allergien: () keine

Operationen (bitte mit Jahresangabe):

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein: () keine

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

() Diabetes () Bluthochdruck () Herzrhythmusstörungen () Blutgerinnungsstörung

() Glaukom () Hepatitis A, B oder C () HIV-Infektion () Harnsteinerkrankung

() sonstige chronische Krankheiten: Herzschrittmacher: ja / nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Haben Sie einen Hausarzt? () nein () ja, Name:

Darf Ihr Hausarzt Berichte über Ihre Untersuchungsbefunde erhalten? () nein () ja

Dürfen Befundübermittlungen an andere Personen als an Sie selbst erfolgen? () nein

() ja, an

Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren? () nein () ja, wie viele

Sollten Sie den mit uns vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine umgehende Benachrichtigung. Im Falle kurzfristiger Terminabsagen (weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin) behalten wir es uns vor, eine Aufwandsentschädigung (nach GOÄ) in Rechnung zu stellen.

.....
Datum

.....
Unterschrift