

Patient: Name _____ Vorname _____ geb _____

Anschrift: Straße _____ Nr _____ Tel. _____

Plz _____ Ort _____

Email _____ Handynummer _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung: _____ Ihr Hausarzt: _____

Anamnese:

- Asthma (schwere Atemnot) Blutgerinnungsstörung Herzinfarkt Herzklappenersatz
 TBC Schlaganfall Diabetes HIV/Hepatitis
 Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Herzschrittmacher Allergien: _____
 Unverträglichkeit von Medikamenten: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn Ja welche: _____

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?

Wenn ja welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja, welche Woche _____ Nein Ungewiss

Ich möchte wegen der Vorsorgeuntersuchung benachrichtigt werden?

Ja: per SMS per Email Nein

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird diese Praxis nach einem Bestellsystem geführt. Sollten sich Ihrerseits Terminänderungen ergeben, bitten wir Sie, diese 24H vor dem geplanten Termin mitzuteilen. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage wird gemäß § 615 BGB ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung: Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen.

Datum: _____

Unterschrift: _____