

Name/ Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Weshalb sind Sie heute hier?	
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?	
Fanden Vorbehandlungen durch andere Ärzte statt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	
Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Corona Virus nachgewiesen?	
☐ ja Datum: _____	
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, bitte ankreuzen!	
Diabetes mellitus ☐	Bluthochdruck ☐
Schilddrüsenerkrankung ☐	zu niedriger Blutdruck ☐
Asthma ☐	Herzinfarkt/ OP ☐
Leber/ Nierenerkrankung ☐	sonstige Herzerkrankungen ☐
erhöhte Blutfettwerte ☐	Durchblutungsstörungen ☐
erhöhte Harnsäurenwerte (Gicht) ☐	Krampfadern ☐
Sonstige Erkrankungen wie z.B. Herzschrittmacher _____	
Nikotin ☐	Alkohol ☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
MEDIKAMENTENPLAN!	
Ja ☐ Nein ☐	1. _____
Gerinnungshemmer: Ja ☐ Nein ☐	2. _____
Beruhigungsmittel: Ja ☐ Nein ☐	3. _____
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten/ Allergie?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Ja ☐ Nein ☐	1. _____
Penicillin-Allergie: Ja ☐ Nein ☐	2. _____
Lokalanästhetika: Ja ☐ Nein ☐	3. _____
Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja ☐ Nein ☐	1. _____
	2. _____
	3. _____
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
Tragen Sie ein Hörgerät? ☐ Ja ☐ Nein seit wann? _____	



Ich bin damit einverstanden.

- dass im Rahmen der Behandlung, die personenbezogenen Daten elektronisch erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
- dass alle Daten, die im Zuge der Behandlung erhoben werden, auch einem Arzt zugänglich gemacht werden, der – etwa urlaubsbedingt – vertritt, in gleicher Weise einem Arzt der als weiterer Partner oder Nachfolger in die Praxis eintritt,
- dass der Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt bzw. Überweisenden Arzt übermittelt.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Datum, Unterschrift: _____