HNO
ÜBERLINGEN

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus und bringen diesen zu Ihrem Termin mit

Patientendaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon mobil	
Telefon Festnetz	
E-Mail	
Beruf	
Krankenversicherung	

Medizinische Vorgeschichte

☐ Herzerkrankungen	☐ Bluthochdruck	☐ Diabetes Mellitus
☐ Schilddrüsenerkrankung	☐ Asthma/COPD	☐ Glaukom
☐ Gerinnungsstörungen	☐ Krebserkrankung	☐ Sonstige

Falls zutreffend, nähere Angaben:

_____

_____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja Zigaretten/Tag _____ Seit _____ Jahren

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Welche Medikamente? _____

_____

Allergien bekannt? ☐ Nein ☐ Ja

Welche? _____

Medikamentenunverträglichkeiten? ☐ Nein ☐ Ja

Welche? _____

HNO-spezifische Vorgeschichte

Frühere HNO-Operationen? ☐ Nein ☐ Ja

Welche und wann? _____

_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift Patient/in: _____