



Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine für Sie möglichst schonende und risikoarme Behandlung gewährleisten zu können, benötigen wir Ihre Mitarbeit! Die nachfolgenden Fragen dienen der notwendigen Aktualisierung Ihrer Daten.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Besteht bei Ihnen eine...

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ...Herz-/Kreislaufkrankung?                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Blutungsneigung?                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Lebererkrankung?                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Nierenerkrankung ?                          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Lungenerkrankung (Asthma)?                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Magen-/Darmkrankung?                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Epilepsie?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Zuckerkrankheit (Diabetes)?                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Schilddrüsenerkrankung?                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Nasen- Nebenhöhlenerkrankung?               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ...Infektionserkrankung (Tbc, Hepatitis, HIV)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente? Ja  Nein

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

Hatten Sie einen Unfall mit resultierenden Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich? Ja  Nein

An unsere Patientinnen: Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Das heißt, wir reservieren Ihren Wunschtermin ausschließlich für Sie. Wir bemühen uns, diesen Termin pünktlich einzuhalten. Natürlich ist das Einhalten des Termins auch abhängig vom pünktlichen Erscheinen des Patienten vor Ihnen. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab, damit wir den Termin weitervergeben können. Wir behalten uns vor, für Sie reservierte und nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen. Im Falle des Nichtverschulden bitten wir Sie, uns die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_