

## Patientenaufnahme / Anamnese

Lieber Patient, liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Im Interesse einer für Sie optimalen, qualitativ hochwertigen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben.

Danke

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

### Haben Sie Allergien?

Ja gegen:  Frühblüher (Bäume)  Gräser/Roggen  Hausstaubmilben  
 Tierhaare  Sonstiges \_\_\_\_\_

Nein

### Haben Sie Probleme mit dem Hören?

Ja  Nein  weiß nicht, wünsche einen Hörtest

### Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten gegen Medikamente?

Ja gegen \_\_\_\_\_  Nein

### Angaben zu Vorerkrankungen

Wurden sie im HNO-Gebiet bereits operiert?

Nein  Ja  Mandeln (Tonsillen)  Ohren  Nase/Nasennebenhöhlen  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Haben Sie Diabetes mellitus?  Ja  Nein

Leiden Sie unter einer Herzkrankheit / Bluthochdruck?  Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (Marcumar, ASS...)  Ja  Nein

**Wir möchten, dass Sie nie mehr einen wichtigen Termin zur Nachsorge oder Kontrolle verpassen.**

**Deshalb bieten wir Ihnen diesen Service für Ihre Sicherheit an und möchten Sie daran erinnern.**

Ja, ich möchte an meine Termine erinnert werden

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

**Alle Informationen über Ihre Gesundheit sollten bei Ihrem Hausarzt zusammenlaufen.**

**Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt nach Ihrer Behandlung einen Brief erhält?**

Ja  Nein

**Unsere Praxis bietet auch Ergänzungen zur Schulmedizin. Falls in meinem Falle sinnvoll, bin ich mit einer entsprechenden Beratung einverstanden.**

Ja  Nein  weiß nicht

### **Krebsvorsorge im HNO-Bereich**

**Der Kehlkopfkrebs ist der häufigste bösartige Tumor der oberen Atemwege. Krebs der Mundhöhle und des Rachens stehen weltweit an 6.Stelle aller Krebserkrankungen, beim Mann sogar an 4. Krebs im HNO Bereich entsteht meist schleichend und wächst unbemerkt. Nur wenn er früh erkannt wird, kann er vollständig geheilt werden.**

Sind Sie älter als 40 Jahre?  Ja  Nein

Sind Sie Raucher oder Passivraucher?  Ja ca. \_\_\_\_ Zigaretten pro Tag seit \_\_\_\_  Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

Leiden an Sodbrennen oder sonstigen Magenbeschwerden?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich?  Ja  Nein

Sind Sie in Beruf / Freizeit atemwegsschädigenden Stoffen ausgesetzt?  Ja  Nein

Falls Sie 2x und mehr die Frage mit ja beantwortet haben, sollten Sie eine HNO-ärztliche Krebsvorsorgeuntersuchung vornehmen lassen. Bitte sprechen Sie uns an.

Wir danken Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_