



Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Emailadresse:.....

Telefon/Handynummer.....

Sind sie damit einverstanden, dass wir Ihnen bei Terminabsagen, Terminerinnerung o.ä. eine SMS auf Ihr Mobiltelefon senden?

JA Nein

Private Zusatzversicherung für Krankenhausaufenthalt

JA Nein

Derzeitige Tätigkeit:.....

Hausarzt: (Name/Ort).....

Wegen welcher Erkrankungen/Beschwerden erfolgt die Vorstellung heute (Bitte mit Seitenangabe):

Wurden Sie in der Vergangenheit bereits operiert, wenn ja, was wurde operiert:

.....

Welche Medikamente und Hormone nehmen Sie aktuell ein:

.....

Bestehen Allgemeinerkrankungen?

| | | |
|------------------|----------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA |
| Diabetes | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA |
| Thrombose: | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA |
| Embolien | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA |
| Herzerkrankungen | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA |

Wenn ja, welche Herzerkrankungen:.....

Anderes:.....

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit NEIN JA

Hepatitis NEIN JA

HIV positiv NEIN JA

Tuberkulose NEIN JA

Anderes:.....

Haben Sie sich schon einmal mit einem MRSA-Keim infiziert? NEIN JA

Rauchen Sie? NEIN JA

Bestehen Allergien: NEIN JA

Wenn ja, welche.....

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Landshut, den..... Unterschrift:.....

Ihre Chirurgische Praxisklinik
Dr. med. M. Junger/Dr. med. A. Dadashi