



Name, Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

.....

Emailadresse:

.....

Telefon- und

Mobilfunknummer:

.....

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:

.....

Jetzige Beschwerden/Erkrankungen:

.....

.....

Operationen:

.....

.....

Welche Medikamente und Hormone nehmen Sie:

.....

.....

Allgemeinerkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkte, Thrombosen, Embolien, Krebserkrankungen Zucker, Venen-, Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen usw.):

.....

.....

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit NEIN JA

Wenn ja, welche

.....

Hepatitis NEIN JA

HIV positiv NEIN JA

Tuberkulose NEIN JA

Rauchen Sie? NEIN JA

Bestehen Allergien: NEIN JA

Wenn ja, welche

.....

Erkrankungen in der Familie (Herzinfarkte, Thrombosen Embolien, Krebserkrankungen, Zucker usw.):

.....

.....

Besondere Belastungen (Familie, Beruf, Sozial):

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Landshut, den.....

Unterschrift:.....

Ihre Chirurgische Praxisklinik
Dr. med. M. Junger

Dr. med. A. Dadashi