

NAME: Geb.Dat:

ADRESSE: PLZ: _ _ _ _

Tel-Nr.:

HAUSARZT/KINDERARZT:

ANAMNESEBLATT – GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN ARZTBESUCH:

OHR: links rechts

- Ohren reinigen lassen
- Schmerzen
- Ohr rinnt
- Ohrgeräusch
- Hörminderung
- Ohrjucken
- Ohrdruck
- Hörtest

NASE:

- Schmerzen
- Nase rinnt
- Schnarchen
- Nasenkrusten
- Nasenschmerzen
- Allergie

HALS:

- Krebsvorsorge
- Schluckbeschwerden
- Heiserkeit
- Husten

Andere Beschwerden:

Sind Sie schwanger? NEIN JA
Stillperiode? NEIN JA

RISIKOERHEBUNG CORONAVIRUS

1. Leiden oder litten Sie während der letzten 7 Tage an folgenden Symptomen:

- | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------------------------|-------|
| Husten | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Halsschmerzen | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Fieber | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Riechstörung | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Geschmacksstörung | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer an Corona erkrankten Person? NEIN JA

3. Hatten Sie bereits Corona? NEIN JA

4. Gegen Corona geimpft? NEIN JA

5. Aktueller PCR-Coronatest NEIN JA => Datum?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: Unterschrift:

NAME:, **geb. am**

Bekanntgabe von Medikamentenallergien

Haben Sie bereits einmal nach Einnahme oder Verabreichung eines Medikamentes allergisch reagiert?

NEIN **JA** Welches Medikament? _____

Beschreibung der allergischen Reaktion: Hautausschlag

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

Ich stimme zu, dass Fr. Dr. V. Niederberger-Leppin sowie die in ihrer Ordination arbeitenden Vertretungsärzte/innen

- Personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder beuge, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf
- Arztberichte und Befundberichte an den/die von mir angegebenen Hausarzt/Hausärztin übermitteln darf
- Bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

DATUM: _____ **UNTERSCHRIFT:** _____

Terminbestätigung per SMS

Bei telefonischer Terminvereinbarung sowie bei Terminvereinbarung in unserer Ordination erhalten Patienten von unserem Docfinder-Terminkalender per SMS eine Terminerinnerung. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit **einverstanden**. Diese Einwilligung kann bei jeder erneuten Terminvereinbarung widerrufen werden.

DATUM: _____ **UNTERSCHRIFT:** _____