

NAME:

ADRESSE:PLZ: ____ _

TEL:HAUSARZT:

ANAMNESEBLATT – GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN ARZTBESUCH:

OHR:

links rechts

Schmerzen

Ohr rinnt

Ohrgeräusch

Hörminderung

Verstopft

Ohrdruck

Ohrjucken

Hörtest

NASE:

verstopft

Nase rinnt

Schnarchen

Nasenkrusten

Nasenschmerzen

Allergie

HALS:

Schmerzen

Schluckbeschwerden

Heiserkeit

Husten

Atembeschwerden

Andere Beschwerden:

FÜR FRAUEN:

Sind Sie aktuell schwanger? NEIN UNSICHER JA: SSW _____

Stillperiode? NEIN JA

AKUTE SYMPTOME:

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

Husten NEIN JA seit:

Halsschmerzen NEIN JA seit:

Kurzatmigkeit NEIN JA seit:

Fieber NEIN JA seit:

Krankheitsgefühl NEIN JA seit:

Gibt es einen aktuellen Covid-Test? NEIN JA => Datum: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: Unterschrift:

NAME: **Geb. Dat.:**

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 begeben, 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:** _____