

HNO münsterland Bült 13 48143 Münster

Patientenfragebogen

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____ Telefonnummer: _____

bestehende Schwangerschaft? _____ e-mail _____

Bei Ihnen in der Vergangenheit durchgeführte HNO-Operationen:

| | | | | |
|-------------|-----|---------|-----|-------|
| Ohren | [] | | | wann: |
| Polypen | [] | Mandeln | [] | wann: |
| Nase | [] | | | wann: |
| Nebenhöhlen | [] | | | wann: |
| Kehlkopf | [] | | | wann: |

Bei Ihnen bekannte chronische Erkrankungen:

| | | | | |
|-----------------------|---------|-----|-----------------|-------|
| Herz | Infarkt | [] | Rhythmusstörung | [] |
| Bluthochdruck | | [] | | |
| Lunge | Asthma | [] | COPD | [] |
| Diabetes mellitus | | [] | | |
| Blutgerinnungsstörung | | [] | welche | _____ |

Andere: _____
Ansteckende Erkrankungen (HIV;Hepatitis A/B/C,Tuberkulose) []

Welche Medikamente nehmen Sie?

| | | |
|----|----|----|
| 1. | 4. | 7. |
| 2. | 5. | 8. |
| 3. | 6. | 9. |

Bekannte Allergien ?

| | | |
|-------------|-----|---------------------|
| Antibiotika | [] | welche: |
| Pollen | [] | Hausstaubmilben [] |

Rauchen Sie? [] Zigaretten/Tag _____

Ich erkläre weiterhin, dass ich auf alle mir bekannten Vorerkrankungen und Risikofaktoren hingewiesen habe.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben, die gemäß der ärztlichen Schweigepflicht natürlich vertraulich und ausschließlich für Ihre Behandlung verwendet werden.