

Dr. med. Christian R. Kothe

Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie
Akupunktur, Allergologie, Chirotherapie,
Naturheilverfahren, Schlafmedizin, Sportmedizin,
Stimm- und Sprachstörungen, Tauchmedizin



A N M E L D U N G

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Telefon privat: _____ Telefon Arbeit: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail privat: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Falls Patient minderjährig: _____

Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Anschrift des gesetzlichen Vertreters: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen Bericht erhält. ja nein

Zur ganzheitlichen Beurteilung bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

■ Haben Sie eine chronische Erkrankung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

■ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

■ Haben Sie jemals ein Medikament schlecht vertragen (z.B. Übelkeit, Magenbeschwerden, Durchfälle, Hautausschläge, allergische Erscheinungen oder ähnliches)? ja nein

Wenn ja, welches? _____

Haben oder hatten Sie:

■ allergische Erkrankungen, z.B. Heuschnupfen? ja nein

■ schwere Atemnot, Asthma? ja nein

■ Herz- und Kreislauf-Beschwerden oder -Erkrankungen? ja nein

■ Nierenbeschwerden oder -erkrankungen? ja nein

■ Zuckerkrankheit? ja nein

■ Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein

■ Magen- oder Darmgeschwüre? ja nein

■ Tuberkulose? ja nein

■ Infektion mit dem HIV-(AIDS-)Virus? ja nein

■ Gelbsucht, Leberkrankheiten? ja nein

■ Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter bzw. Nachfolger des Praxisinhabers meine Krankenakte einsehen.

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ein Informationsblatt zur Datenverarbeitung liegt in unserer Praxis aus und kann eingesehen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____