



Patient

geboren

Hauptversicherer

geboren

Anschrift: PLZ/Ort

Straße/Hausnummer

E-Mail

Telefon mobil

Telefon privat

Telefon dienstlich

Krankenkasse

Beruf

Arbeitgeber/Schule/Dienststelle

Sind Sie arbeitslos/arbeitssuchend? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

War es ein Unfall/Arbeitsunfall/
Schulunfall/Wegeunfall? ja nein

Sind Sie von der Zuzahlung
bei Arzneimitteln befreit? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

- Haben Sie Allergien? Wenn ja - welche?

.....

- Welche Beschwerden führen Sie zum Arzt (wo, akut, chronisch, seit wann)?

.....

- Eigene Erkrankungen mit Jahresangabe (OP, Krankenhaus, Kuren, Unfälle)

.....

- Nehmen Sie Medikamente? Spritzen? Blutverdünner? Wenn ja - welche?

.....

- Name und Anschrift des Hausarztes:

.....

- Stehen Sie bei anderen Ärzten wegen diesen Beschwerden in Behandlung? Wenn ja - bei welchen?

.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass gemäß §73 Abs. 1b SGB V die Behandlungsdaten dem angegebenen Hausarzt und anderen mitbehandelnden Ärzten übermittelt werden.

ja nein

- Wann und weswegen war Ihre letzte Röntgen-CT-MRT-Untersuchung?

.....

- Besitzen Sie orthopädische Hilfsmittel Bandagen, Einlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen)? Wenn ja - welche?

.....

Körpergröße: Gewicht:

Erfurt,

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigte