



Dr. med. Karin Kippenhahn
Ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Teltower Damm 31
14169 Berlin
Tel. (030) 34 66 20-90
Fax (030) 34 66 20-91
E-Mail: praxis@hno-kippenhahn.de

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern,

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den Anmeldebogen auszufüllen.

Um Ihre Begleiterkrankungen zu ermitteln und bei unserer Medikamentenauswahl zu berücksichtigen, welche Medikamente Sie bereits regelmäßig einnehmen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Patienten-Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter (Name)

Geburtsdatum

Versicherung

versichert bei:

Vater

Mutter

freiwillig versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

Straße | Hausnummer | PLZ | Wohnort

Telefonnummern (ggf. mit Vorwahl):

privat

dienstlich

mobil (für kurzfrist. Erreichbarkeit)

eMail-Adresse

Empfohlen von

Name des behandelnden Hausarztes



Dr. med. Karin Kippenhahn
Ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Teltower Damm 31
14169 Berlin
Tel. (030) 34 66 20-90
Fax (030) 34 66 20-91
E-Mail: praxis@hno-kippenhahn.de

Anamnesebogen

■ Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

■ Nehmen Sie **Mittel zur Blutverdünnung** regelmäßig ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

■ Bitte kreuzen Sie an, unter **welchen Erkrankungen** Sie leiden:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzmuskelschwäche | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmgeschwür |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Glaukom |

■ Leiden Sie unter einer **bösartigen Erkrankung**? ja nein

Wenn ja, unter welcher? _____

■ Leiden Sie an einer **Lungenerkrankung** wie Asthma, COPD, chronischer Bronchitis, Lungentuberkulose? ja nein

Wenn ja, unter welcher? _____

■ Ist eine **HIV** oder **Hepatitis**erkrankung bekannt? ja nein

■ Gibt es eine **andere**, wichtige **Grunderkrankung**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

■ Haben Sie eine **Allergie** oder **allergisches Asthma**? ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

■ Haben Sie eine **Medikamentenunverträglichkeit**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Berlin, den

Unterschrift: