

Dr.med. Carsten Reinhardt

Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Arzt für Naturheilverfahren und Allergologe

Liebe Patientinnen und liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis, Sie begeben sich heute das erste Mal in unsere Behandlung - oder waren lange nicht mehr hier. Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir um folgende Angaben.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe

Name: _____ heutiges Datum: _____

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen:

Bluthochdruck nein ☐ ja ☐ Zucker/Diabetes nein ☐ ja ☐

Herzerkrankung nein ☐ ja ☐ Schlaganfall nein ☐ ja ☐

Hepatitis/HIV nein ☐ ja ☐ Schilddrüsenüberf. nein ☐ ja ☐

Asthma bronch. nein ☐ ja ☐ Schilddrüsenunterf. nein ☐ ja ☐

Weitere: _____

Operationen HNO: _____

Nehmen Sie z.Zt. blutverdünnende Medikamente ein?

nein ☐ ja ☐ welche? _____

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein? _____

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? (Medikamente/ Pollen/ Tierhaare/ sonst?)

nein ☐ ja ☐ welche? _____

Für Frauen: Sind Sie schwanger ☐

Stillen Sie Ihr Kind ☐