

Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tele-Nr.: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

**Zustellung der Rechnung per Mail gewünscht:** JA  NEIN

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe: JA  NEIN  Chefarztbehandlung JA  NEIN

Hausarzt: \_\_\_\_\_

---

Welche internistischen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt (Bluthochdruck, Diabetes, Leber- oder Nierenerkrankungen, etc.)?: \_\_\_\_\_

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen Allergien? JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen schon Operationen im HNO-Bereich durchgeführt worden?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

Falls Sie an uns überwiesen wurden, geben Sie bitte an, ob wir einen Bericht an den überweisenden Arzt senden dürfen: JA  NEIN

Dürfen wir Sie ggf. telefonisch oder per Mail an eine Kontrolluntersuchung (z.B. Gehörgangs- Reinigung) erinnern? JA  NEIN

Privatversicherte Patienten erhalten eine Rechnung, die wir bitten innerhalb von 21 Tagen zu begleichen. Die Rechnungsstellung beruft sich auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

**Sofern Sie der Zustellung der Rechnung per Mail zustimmen, erfolgt dies passwortgeschützt und datenschutzkonform. Sie erklären gleichzeitig, dass nur Sie als Patient:in oder Rechnungsempfänger:in Zugriff auf das angegebene Mailpostfach haben.**

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_