

PATIENTENDATENERHEBUNGSBLATT der Ordination Dr. Eglseer

Titel, Nach- und Vorname des **PATIENTEN**:

Geburtsdatum: Geschlecht: m / w

PLZ: Wohnort: Straße:

Dienstgeber und Dienstort des Versicherten:

Falls Sie nicht selbst versichert sind:

Titel, Nach- und Vorname des **VERSICHERTEN**:

Geburtsdatum: Geschlecht: m / w

PLZ: Wohnort: Straße:

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten:

Tel.Nr. privat: Arbeitsplatz: E-Mail:

Beruf: Art der Beschäftigung:

Familienstand: Hausarzt: Sonstige Ärzte:

Familienkrankheiten und solche Ihrer BLUTSV ERWANDTEN

Krankheiten des Vaters:

Krankheiten der Mutter:

Vater gestorben mit Jahren an ; Mutter gestorben mit Jahren an

Krankheiten in der Verwandtschaft: Welche Krankheit? Wie zu Ihnen verwandt?

Herzerkrankungen.....

Bluthochdruck.....

Schlaganfall.....

Zuckerkrankheit.....

Fettstoffwechselerkrankungen.....

Krebs (welcher?).....

Geisteskrankheiten.....

Sonstige gehäufte Erkrankungen.....

Nikotin? o ich habe nie geraucht
 o ich habe bis vor.....Wochen/Monate/Jahre bis zuZigaretten/Zigarren/Pfeifen pro
 Tag/Woche geraucht – insgesamt habe ich.....Jahre geraucht
 o ich rauche seit Jahren Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag/Woche

Alkohol? Bier pro Tag/Woche/Monat Wein pro Tag/Woche/Monat
 Most pro Tag/Woche/Monat Schnaps(Spirituose) pro Tag/Woche/Monat

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig sonstige Suchtmittel ein? Wenn ja, wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren Arzt. Er unterliegt einer strengen ärztlichen Schweigepflicht.

Allergien? Medikamentenallergien: Sonstige Allergien:

