

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, die Sie regelmäßig in Anspruch nehmen
.....

Familienkrankheiten und solche Ihrer BLUTSVERWANDTEN

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:

