

Herzlich Willkommen in der HNO Praxis für Sprach,- Stimm- und Hörstörung

Dr. med. H. W. W. Woltersdorf!

Es ist unser Ziel, Ihre Beschwerden nicht nur kurzfristig zu lindern, sondern eine dauerhafte Genesung herbeizuführen. Dafür sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen, indem Sie uns grundlegende Informationen über die Art Ihrer Beschwerden und die medizinische Vorgeschichte geben.

Durch die Beantwortung der nachfolgenden Fragen helfen Sie mit, Ihre Probleme besser einordnen zu können und damit die Basis für eine erfolgreiche Behandlung zu schaffen.

Wir sind auf die ganzheitliche Behandlung mit verschiedenen Naturheilverfahren spezialisiert. Gerne beraten wir Sie über die Zweckmäßigkeit und Erfolgchancen dieser Methoden in Ihrem speziellen Fall.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Seit wann haben Sie die Probleme?

seit _____ Tagen seit _____ Wochen seit _____ Jahren

Wurden wegen dieser Beschwerden früher schon Untersuchungen durchgeführt?

Wenn ja, wo und wann? Mit welchem Ergebnis?

Haben Sie anderweitige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Welche Krankheiten haben Sie bisher durchgemacht?

Haben Sie Unfälle gehabt? Wenn ja, welche?

Bitte wenden

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Sind Allergien bei Ihnen bekannt (Heuschnupfen, Asthma, Medikamentenallergie, Nahrungsmittelallergie)? Wenn ja, welche?

Haben Sie Probleme mit den Zähnen oder dem Kiefergelenk? Wenn ja, welche?

Einverständniserklärung

Um Verwechslungen zu vermeiden und die Arbeitsabläufe intern zu optimieren, fertigen wir ein **Patientenfoto** bei Erstvorstellung an. Das Foto wird ausschließlich für unsere Praxis verwendet.

Des Weiteren haben wir für Sie ein **Wiedereinbestellungs-System (Recall-System)** eingerichtet. Das ermöglicht uns, Sie an die Fälligkeit von Untersuchungen zu erinnern bzw. Sie bei Terminverschiebungen (durch Brief, Fax, Telefon, Mail) zu kontaktieren. Bitte geben Sie uns **Ihre E-Mail-Adresse** an und vervollständigen Sie die Tabelle!

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Beruf	
Art der Berufstätigkeit	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	

Damit wir diesen Service für Sie leisten dürfen, bedarf es einer Unterschrift Ihrerseits. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. In der Praxis sind **externe Logopäden und Heilpädagogen** tätig. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Inanspruchnahme auf freiwilliger Basis beruht.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen zu dienen und den Grundstein für eine reibungslose und vertrauensvolle Zusammenarbeit gelegt zu haben.

Datum:

Einwilligung:

Unterschrift:

ja nein

Bitte wenden