

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. Gern beraten wir Sie über die Zweckmäßigkeit und Erfolgchancen dieser Methoden in Ihrem speziellen Fall.

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

Anlass der Anmeldung

Was führt Sie zu uns? Mit welcher Fragestellung kommen Sie?

Bitte wenden

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt?
(Geburtskomplikationen wie Sauerstoffmangel, verlängerte Neugeborenenengelbsucht oder Nabelschnurumschlingung)

Termingerechte Geburt? _____ Geburtsgewicht: _____

Geburtsgröße: _____ APGAR-Werte: _____

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ Name des Kindergartens?

Geht Ihr Kind in die Schule/ Name und Art der Schule und Klassenstufe?

Leidet Ihr Kind an Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Welche Krankheiten hat Ihr Kind? Muss es Medikamente einnehmen?

Gab es Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte?

Ist Ihr Kind häufig erkältet?

Hat Ihr Kind oft Mittelohrentzündungen?

Wie schätzen Sie das Gehör Ihres Kindes ein? Wurde schon ein Hörtest gemacht? Wie war das Ergebnis?

Wie schätzen Sie die Sprachkompetenz Ihres Kindes ein?

Wird in Ihrer Familie noch eine andere Sprache/Dialekt gesprochen?

War Ihr Kind schon in Behandlung (Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung)? Wenn ja, wie lange und wo?

Welche Bezugspersonen hat Ihr Kind?

Hat Ihr Kind Geschwister? In welchem Alter? Wie versteht es sich mit ihnen?

Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____

Gibt es noch irgendetwas, von dem Sie denken, dass es für den Arzt wichtig sein könnte?
