



HNO DARMSTADT

DR. MED. KLAUS PETER JAYME  
DR. MED. SUSANNE MICHEL  
DR. MED. JULIA BRANDSTÄTTER  
JAQUELINE HENSEL (Fachärztin in Anstellung)

Gemeinschaftspraxis für  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Plastische Operationen  
Ärztehaus 3 am Alice-Hospital  
Dieburger Str. 30, 3. OG  
64287 Darmstadt

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patienteltern ,**

um bei der Behandlung Ihrer Erkrankung oder der Erkrankung Ihres Kindes Gefahrenquellen erkennen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu **Ihrer** (bzw. Ihres Kindes) Krankengeschichte zu beantworten.

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

**Geb.- Datum:** \_\_\_\_\_ **Mobil-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Haus-/Kinderarzt:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen folgende **chronischen** Erkrankungen: (wenn ja, welche):

- **Blutzuckerkrankheit (Diabetes)**            nein  ja
- **Bluthochdruck**                                nein  ja
- **Schilddrüsenerkrankungen**            nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_
- **Magen-Darmerkrankungen**            nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_
- **Herzerkrankungen**                        nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_
- **Lungenerkrankungen**                    nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_
- **Chronische Infektionskrankheiten**    nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_  
  **(Hepatitis o.ä.)**
- **Allergien**                                      nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_
- **Verstärkte Blutungsneigung**            nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_
- **Nierenerkrankung**                        nein  ja  **welche:** \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Operationen im HNO-Bereich: wenn ja wann und durch wen:

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Private- Zusatzversicherung?    Ja     Nein

Wenn ja, welche?:                                    stationär                                     ambulant

Darmstadt, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_