

Anmeldeformular und Fragebogen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

Tel.-Nr.

Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Einweisender Arzt

Waren Sie schon einmal bei uns in der Ambulanz?

- ja Wenn ja, wann? _____
- nein

Untersuchungsgrund

- Schluckproblematik
- Kanülenproblematik bzw. Kanülenanpassung
- Sonstiges: _____

Haben Sie multiresistente Keime?

- ja Wenn ja, welche? _____
- nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Am Untersuchungstag bitte alle Medikamente, auch ASS 100 mg mit Wasser oder Tee wie immer einnehmen.

- Blutverdünner: _____
- Andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen bekannt:

- Diabetes Bewegungsstörungen
- Lähmungen Sonstiges: _____

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt:

- Herz Niere
- Lunge Sonstiges: _____
- Leber

Fortsetzung „Anmeldeformular und Fragebogen“

Welche Voruntersuchungen hatten Sie?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Lungenfacharzt |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | |

Aktuelle Beschwerden:
