

Anmeldeformular

Patient/in:	Hauptversicherte/r:
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geb.-datum:	Geb.-datum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße:	Straße:
Telefon/Handy:	Telefon/Handy:
E-Mail:	Hinweis: Kein Versand von Gesundheitsdaten, keine Terminvereinbarung per E-Mail möglich
Krankenkasse:	
Hausarzt/-ärztin mit Ort:	
Beruf:	

Grunderkrankungen/besondere Risikofaktoren:

- Bluthochdruck Herzerkrankung Thrombosegefahr
 Schilddrüsenerkrankung Krebserkrankung
 Diabetes mellitus wenn ja, wo? _____
 sonstige _____

Medikamenteneinnahme/blutverdünnende Medikamente:

Allergien:

Frühere Operationen im HNO-Bereich mit Datum:
