

Sehr geehrte Patienten
aufgrund der aktuellen Situation bitten wir Sie folgende
Fragen nach besten Wissen und Gewissen, zu Ihrer
und unserer Sicherheit, auszufüllen:

Dipl. Med. S. Polanski

Facharzt für Urologie
Goethestr. 4
56179 Vallendar
Tel. 0261/68092
4756050

Name: _____ Datum: _____

Beruf: _____

Bei Frauen, letzte Periode: _____

Hatten Sie Kontakt zu einer positiv getesteten Person: ja nein

Wurde bei Ihnen eine Covid-19 Infektion festgestellt: ja nein

wenn ja, **WANN (bitte Symptome während der Infektion ankreuzen)** _____

Ist bei Ihnen schon mal ein Abstrich im Nasen/Rachen Raum vorgenommen worden? Ja nein

Datum des letzten Abstriches !!! : _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Symptome?

Husten: ja ___ nein ___

Schnupfen: ja ___ nein ___

Magenschmerzen: ja ___ nein ___

Durchfall: ja ___ nein ___

Atemnot: ja ___ nein ___

Ausschlag: ja ___ nein ___

Nierenschmerzen: ja ___ nein ___

Herzrasen oder Herzstolpern: ja ___ nein ___

Gefäß Schmerzen (brennendes Gefühl der Venen): ja ___ nein ___

Verlust des Geruchs- oder Geschmack Sinnes: ja ___ nein ___

Verdickte Lymphknoten: ja ___ nein ___

Fieber: ja ___ nein ___

Abgeschlagenheit oder übermäßige Müdigkeit: ja ___ nein ___

Gewichtsverlust: ja ___ nein ___

Appetitlosigkeit: ja ___ nein ___

Gürtelrose / Herpes: ja ___ nein ___

Kopfschmerzen: ja ___ nein ___

Masern/Röteln/Mumps Impfung im Laufe des Lebens: ja ___ nein ___

Corona Impfung wenn ja, WANN und mit welche

IMPfstoff _____

1. Impfung Datum: _____ 2. Impfung Datum: _____

3. Impfung Datum: _____ 4. Impfung Datum: _____

Sollten Sie wissentlich falsche Angaben machen, werden wir die Unterlagen zur rechtlichen Prüfung, wegen Gefährdung unserer Gesundheit weiterreichen !!!

Unterschrift : _____

Anmeldeformular / Gesundheitsfragebogen

Liebe Patienten,
wir bitten Sie diesen Fragebogen zu Ihrer eigenen Sicherheit gewissenhaft zu beantworten.
Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz.
Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte unsere Mitarbeiterinnen.

Vor- und Nachname des Patienten: _____
Telefonnummer / Handy: _____
Fax Nr.: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Gewicht: _____ Größe: _____
Erkrankungen in der Familie: _____

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen:	_____	_____
Leiden Sie an Diabetes mellitus:	_____	_____
Rauchen Sie, wenn ja wie viel: _____	_____	_____
Hatten / Haben Sie Tuberkulose (Tbc):	_____	_____
Haben Sie Allergie ?	_____	_____
Wenn ja, welche: _____	_____	_____
Sind Sie HIV pos.:	_____	_____
Leiden Sie an Hepatitis? Wenn ja, welche Form:	_____	_____
Leiden Sie an Asthma:	_____	_____
Leiden Sie an grünem Star:	_____	_____
Leiden Sie unter Angstzuständen:	_____	_____
Haben Sie Bluterkrankungen / Blutungsneigung:	_____	_____
Ist bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf auffällig:	_____	_____
Haben / Hatten Sie ein Leberleiden:	_____	_____
Haben Sie ein Schilddrüsen Leiden:	_____	_____
Sind Sie Schwanger:	_____	_____
Sind Sie schon mal operiert worden:	_____	_____
Wenn ja, in welchem Bereich und wann:	_____	_____

Haben Sie Prothesen: _____
Wenn ja, wo: _____
Hatten Sie eine Corona Infektion / Antikörper: _____
Sind Sie gegen Covid-19 geimpft: _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein: _____
Wenn ja, welche /
ggf..Medikamentenplan: _____

Grund der heutigen Vorstellung: _____

Datum und Unterschrift: _____