

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Geb.-Datum: _____ Email: _____

Telefon: (privat) _____ (geschäftlich) _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Im Notfall zu erreichen:

Angehörige/: _____ / Tel: _____

Sind Sie vollständig gegen COVID 19 geimpft?

ja nein

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt?

Bluthochdruck

Blutfette

Blutzucker

ja nein

ja nein

ja nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

ja wenn ja, wie viel rauchen Sie täglich? _____

nein

Alkoholkonsum?

ja wenn ja, wie viel?

nein

Ich bin mit der Befundübermittlung an meinen überweisenden/Hausarzt einverstanden.

Datum

Unterschrift