

# Dr. med. Thomas Buttker

FACHARZT FÜR HALS-NASEN- UND OHREN-HEILKUNDE

KONSILAR-ARZT DES ELISABETH KLINIKUM SCHMALKALDEN  
B-BILD-, DOPPLER- UND DUPLEX-SONOGRAFIE  
AUDIOLOGE / NEUROOTOLOGE <sup>BV HNO</sup>  
QUALITÄTSSIEGEL ALLERGOLOGIE <sup>BV HNO</sup>  
MASTER OF ACUPUNCTURE <sup>DGFAN</sup>  
SCHLAFMEDIZIN

APOTHEKER- UND ÄRZTEHAUS  
EICHELBACH 2A  
98574 SCHMALKALDEN

Tel.: 03683 / 402888  
Fax: 03683 / 409369



T.Buttker@HNO-Schmalkalden.de  
www.HNO-Schmalkalden.de

HNO-Praxis Dr. Buttker • Eichelbach 2a • 98574 Schmalkalden

Name	Vorname
Geburtsdatum	ID

Schmalkalden, d.

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer HNO-Praxis! Im Interesse einer für sie optimalen, zügigen und qualitativ hochwertigen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben. Vielen Dank.

Telefon/Handy	Hausarzt
Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente/Pollen/Hausstaub/Nahrungsmittel)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nennen Sie die Medikamente, die sie regelmäßig einnehmen müssen bzw. legen Sie uns Ihren Medikamentenplan zum Kopieren/Scannen vor:	
Wurden sie schon mal im HNO-Fachgebiet operiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Diabetes/Zuckerkrankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter Bluthochdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (Marcumar®, Falithrom®, ASS®, Clopedogrel®, Xarelto®)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Interesse an einer Krebsvorsorgeuntersuchung im HNO Fachgebiet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt nach Ihrer Behandlung einen Befundbrief erhält? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

.....  
Unterschrift des Patienten

Bitte geben Sie diesen Fragebogen bei den Schwestern an der Anmeldung ab!  
Vielen Dank.

Das Team Ihrer HNO-Praxis Dr. Buttker