
Sehr geehrte Patientinnen und Patienten.

Bitte füllen Sie dieses Datenblatt vor Ordinationsbesuch sorgfältig und in Blockschrift aus.

Allgemeines

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Adresse

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Kontakt

Telefonnummer: _____ Emailadresse: _____

Hauptversicherter (bei Mitversicherung): _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Haben Sie Allergien bzw. Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie chronische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung:

Medikament	Dosis (mg)	Morgen	Mittag	Abend

Rauchen Sie bzw. haben Sie geraucht? Ja Nein

Wenn ja, wieviel und seit wann bzw. seit wann nicht mehr: _____

Ich verpflichte mich, Ihre Daten vertraulich zu behandeln und freue mich auf Ihren Besuch.

Dr. med. univ. Gernot PICHLER
Facharzt für Lungenkrankheiten