



LAUER & SARDOSCHAU
- SCHILDDRÜSEN- UND HERNIENCHIRURGIE -

CHIRURGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SCHMOLLERSTR. 28
66111 SAARBRÜCKEN

TELEFON: (06 81) 37 99 59 70
FAX: (06 81) 37 99 59 77
EMAIL: PRAXIS@CHIRURGIE-LASAR.DE
WEB: WWW.CHIRURGIE-LASAR.DE

DR. ANDREAS LAUER
FACHARZT FÜR ALLGEMEIN- UND UNFALLCHIRURGIE
BEHANDLUNG CHRONISCHER WUNDEN

NIHAD SARDOSCHAU
FACHARZT FÜR ALLGEMEIN-, UNFALL-, VISCERALCHIRURGIE
SPEZIELLE VISCERALCHIRURGIE, NOTFALLMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unsere Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Patienteninformation zu den neuen Datenschutzbestimmungen im Wartezimmer aushängen und auf Wunsch an Sie persönlich ausgehändigt werden können.

Name:..... Vorname geb.....

Telefonnummer :..... @-mail :.....

Größe:..... Gewicht:.....

Hausarzt:.....

Private Zusatzversicherung für stationäre Behandlung: ja..... nein.....

Mit Chefarztbehandlung: ja..... nein.....

Wenn ja, welche.....

Wurden Sie schon operiert ja..... nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

.....
.....

Haben Sie Allergien? Ja..... Nein..... Wenn Ja, welche.....

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? wenn Ja wann zuletzt?.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

O Bluthochdruck O Thrombose O Schlaganfall O Herzinfarkt

O Lebererkrankung O Diabetes O Asthma O Hepatitis

O HIV O Krebserkrankungen O Schilddrüsenerkrankung O sonstiges

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja..... Nein.....

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Auch blutverdünnende Medikamente wie z.B. ASS, Marcumar, Plavix o.ä.? Ja..... Nein.....

Welche genau:.....

Was sind zurzeit aktuell Ihre Beschwerden?.....

.....

Datum:.....

Unterschrift:.....