

# Anmelde-/Anfrageformular

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## Waren Sie schon mal bei uns in der Ambulanz?

- ja → wann?: \_\_\_\_\_  
 nein

## Untersuchungsgrund

- Schluckproblematik  
 Kanülenproblematik bzw. Kanülenanpassung  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

## Haben Sie multiresistente Keime?

- ja → welche?: \_\_\_\_\_  
 nein

## Welche Medikamente nehmen Sie ein:

(am Untersuchungstag: bitte alle Medikamente, auch ASS 100mg mit Wasser oder Tee wie immer einnehmen)

- Blutverdünner: \_\_\_\_\_  
 andere Medikamente: \_\_\_\_\_

## Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen bekannt:

- Diabetes  
 Lähmungen  
 Bewegungsstörungen  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

## Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt:

- Herz  
 Lunge  
 Leber  
 Niere  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Voruntersuchungen hatten Sie:**

- HNO
- Logopädie
- Neurologie

Lungenfacharzt

sonstige: \_\_\_\_\_

**Jetzige Beschwerden:**

---

---

---