

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dieser wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
Email:	_____		
Hausarzt/Anschrift/Tel.:	_____		

	Ja	Nein	Bemerkung
--	----	------	-----------

Waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Plavix)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
---	--------------------------	--------------------------	-------

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Blutdruck?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch	liegt bei: _____
------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Angeborene oder erworbene Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzklappenfehler oder-ersatz (künstliche Herzklappe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzoperationen (z.B Stent-OP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Ja	Nein	Bemerkung
Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?			
• Diabetes (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Krebsleiden? Wenn ja, welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Haben Sie sich einer Strahlen- und/oder Chemotherapie unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nehmen oder nahmen Bisphosphonate zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen, Neigung zu blauen Flecken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nervenerkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? (Datum, Organ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

X _____
Datum, Unterschrift