

Gesundheitsfragen

Name:

Vorname:

Geb.Dat.

Leiden Sie unter einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? Bitte ankreuzen. Ja Nein

- Herz- und Kreislauferkrankungen: Herzinfarkt – Erkrankungen der Herzgefäße – Rhythmusstörungen – Schrittmacher – Klappenersatz – Herzfehler – Endokarditis – hoher Blutdruck – niedriger Blutdruck – Stent Ja Nein

- Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen Ja Nein
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Ja Nein
- Gelenkersatz Ja Nein
- Ich nehme Medikamente gegen Knochenerkrankungen (Tabletten oder Intravenös)? Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
- Erkrankungen der Atmungsorgane / Asthma Ja Nein
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes Ja Nein
- Infektionserkrankungen: Hepatitis – HIV – Tuberkulose – andere Ja Nein

- Lebererkrankungen Ja Nein
- Nierenerkrankungen Ja Nein
- Allergien und Unverträglichkeiten: Antibiotika (z.B. Penicillin) – Schmerzmittel – Latex – Jod Oder gegen: Ja Nein

- Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit) Ja Nein
Krebs – Bestrahlungen – Chemotherapie
Wenn ja, wann?.....

- Erkrankungen des Nervensystems Ja Nein
- Anfallsleiden – Kopfschmerzen – Migräne – Schlafstörungen – Ohnmacht – Nervosität – Schlaganfall Ja Nein

- Rauchen Sie? Ja Nein

- Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein
.....
.....
.....
.....

- Sind Sie wegen anderer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
.....

- Sind Sie schwanger? Monat Ja Nein

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäss erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift