

.....  
Name, Vorname

Geburtsdatum

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

für eine individuelle Einschätzung sämtlicher Risiken und möglicher Nebenwirkungen bitten wir Sie um folgende Angaben zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte sowie Ihres aktuellen Gesundheitszustandes. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Datenschutzbestimmungen. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen mit. Vielen Dank.

Wer ist Ihr Hausarzt? .....

Hatten oder Haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Asthma (schwere Atemnot) / Lungenerkrankungen?	ja	nein	Nierenerkrankungen?	ja	nein
Allergische Reaktionen? Wenn ja, worauf haben Sie allergisch reagiert? .....	ja	nein	Lebererkrankungen?	ja	nein
Unverträglichkeit von Medikamenten? Wenn ja, welche? .....	ja	nein	Rauchen Sie? Was und ungefähr wie viel? .....	ja	nein
Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein	Schlaganfall?	ja	nein
Herzkrankungen? Wenn ja, welche? .....	ja	nein	Wurden bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche? ..... Wann? ..... Gab es Komplikationen? .....	ja	nein
Kreislaufkrankungen / -beschwerden?	ja	nein	Wurden Ihnen bereits Endoprothesen oder Implantate (z. B. Hüfte, Knie, Herzklappe oder ähnliches) eingesetzt?	ja	nein
Bluterkrankungen? Blutgerinnungsstörungen?	ja	nein	Epilepsie/Anfallsleiden?	ja	nein
Infektionskrankheiten? (Hepatitis / Gelbsucht, HIV, andere?)	ja	nein	Osteoporose?	ja	nein
Glaukom (grüner Star)?	ja	nein	Rheuma?	ja	nein
Hautkrankheiten?	ja	nein	Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	ja	nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?  
.....

Bitte wenden...

