

**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