

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur individuellen, optimalen und sicheren Planung Ihrer Behandlung sind wir auf einige Informationen angewiesen. Daher möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (s. Datenschutzerklärung!).

Name: Größe: cm Hausarzt:

Geb.-Datum: Gewicht: kg Beruf:

Rauchen Sie? Besteht eine Schwangerschaft?

1. Liegen bei Ihnen Vorerkrankungen vor?

Bluthochdruck (Hypertonie) Herzkrankheit Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt, wann?

Träger eines Herzschrittmachers?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) insulinpflichtig

Schilddrüsenerkrankung Überfunktion? Unterfunktion?

Rheuma chronische Polyarthrit Psoriasis (Schuppenflechte) M. Bechterew Osteoporose

Gicht/Harnsäureerhöhung

Polyneuropathie Apoplex (Schlaganfall) Epilepsie Multiple Sklerose

Depression Angstzustände andere psychische Erkrankungen _____

chronische Bronchitis Asthma bronchiale

Magenerkrankungen _____ Darmerkrankungen _____

Lebererkrankungen _____ Nierenerkrankungen _____

Durchblutungsstörungen, wo? _____

Glaukom (Grüner Star)

Infektionskrankheiten: Hepatitis B Hepatitis C HIV

Sonstige Erkrankungen: _____

2. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? nein

ASS 100/300 Clopidogrel® Marcumar® Eliquis® Xarelto® Pradaxa® Andere

3. Welche Schmerz-Medikamente nehmen Sie ein?

4. Nehmen Sie noch weitere Medikamente ein? _____

5. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (auch gegen Medikamente)?

welche? _____

6. Haben Sie derzeit eine akute Infektion oder Entzündung?

(z. B. grippaler Infekt, Haut- und Gelenkentzündung) _____

Unterschrift