

Ärztliche Behandlung:

Sind Sie zu Zeit in ärztlicher Behandlung Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankungen?

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse, Tel.:

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herz: Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein

Herzasthma, Angina pectoris? Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja Nein

Sonstiges?

Kreislauf: Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Sonstiges?

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Magen-Darmerkrankungen? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Sonstiges?

Nervensystem: Epileptiforme Anfälle? Ja Nein

Krämpfe? Ja Nein

Sonstiges?

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Sonstiges?.....

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege etc. Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?.....

Sonstiges?.....

Weitere Angaben: Haben Sie Osteoporose? Ja Nein

Hatten Sie eine Strahlen- oder Chemotherapie? Ja Nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, wo?.....

Schwangerschaft: Wenn ja in welchem Monat?.....

Sollten sich Medikamente oder Krankheiten bei Ihnen ändern, so teilen Sie uns dies bitte umgehend mit!

Datum:

Unterschrift: