



**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?.....

Datum: .....

Unterschrift: .....