

Name: _____ Vorname: _____ Geb-Datum: _____ Alter: _____

 Geschlecht: D / W / M Größe(cm): _____ Gewicht(KG): _____ (BMI: _____)

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung für Wahlleistungen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen! n=nein j=ja
1) Waren Sie in ärztlicher Behandlung in letzter Zeit? O n O j
 Wenn ja, weswegen?: _____

2) Waren Sie in den letzten 2-4 Wochen krank? O n O j
 Wenn ja, welche: _____

3) Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit? O n O j
 z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, TBC, Scabis (Krätze) auch sonstige meldepflichtige Erkrankungen
 Wenn ja, welche: _____

3.1.) Besteht/ Bestand ein MRSA/MRGN Besiedlung? Wenn ja, wo? O n O j

4) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. Marcumar®; ASS, Clopidogrel) O n O j
 Wenn ja, welche: _____

5) Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente ein? O n O j
 Wenn ja, welche: _____

6) Besteht eine Allergie? z.B. Medikamente Latex, Jod, Desinfektionsmittel, Pflaster etc. O n O j
 Wenn ja, welche: _____

Bestehen/bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?
7) Herz/Kreislauf: Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörung, Herzmuskelentzündungen, hoher/niedriger Blutdruck, Herzschrittmacher, Stent O n O j
 Wenn ja, welche _____
 Letzte Kardiologiekontrolle: _____

8) Gefäße: Krampfader; Thrombose, Schlaganfall, Aneurysma, Durchblutungsstörung O n O j
 Wenn ja, welche: _____

9) Atemwege: LongCovid, chron. Bronchitis, TBC Lungenentzündung, Schlafapnoe, Angeborene Fehlbildungen, COPD I-IV O n O j
 Wenn ja, welche: _____
 Letzte Lungenuntersuchung: _____

10) Leber/Galle etc.: Fettleber, Zirrhose, Leberentzündung, Gallenkoliken/-steine, Gelbsucht, Pankreatitis O n O j
 Wenn ja, welche: _____

11) Niere bzw. Harnorgane: Nierenfunktionsstörung (ggf. Dialysepflichtig), Nierensteine, Fehlbildungen, Nieren-/ Blasenentzündung, Dauerkatheter O n O j
 Wenn Ja, welche _____

12) Speiseröhre, Magen; Darm: Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörung, Sodbrennen, Refluxkrankheit, PEG-/ Sonderversorgung O n O j
 Wenn ja, welche: _____

13) Stoffwechsel: Zuckerkrankheit TYP I/II, Gicht O n O j
 Wenn ja, welche: _____

14) Schilddrüse: Unter- o. Überfunktion, Hashimoto O n O j
 Wenn ja, welche: _____

15) Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rheuma Osteoporose, Wirbelsäulenschäden, Rückenschmerzen O n O j
 Wenn ja, welche: _____

16) Nerven/Muskel: Multiple Sklerose, Parkinson Krampfleiden (Epilepsie), Gehstörungen/Lähmungen, Gefühlsstörung, Polyneuropathie, Muskelschwäche O n O j
 Wenn ja, welche: _____

17) Seh-/ Gehör-/ Geruchsin: Grüner o, Grauer Star, Hörschäden, Geruchsstörung O n O j
 Wenn ja, welche: _____

18) sonstige Erkrankung: Restless-Legs-Synd. Schulter-Arm-Syndrom, Migräne/ Kopfschmerzen, Depression, weitere: O n O j
 Wenn ja, welche: _____

19) Blut: häufiges Nasenbluten, starke Nachblutungen, Gerinnungsstörungen (auch Angabe bei Familienangehörigen z.B. Faktor VIII=v. Willebrand), schnell „blaue Flecken“ ohne Verletzung/leichte Berührungen O n O j
 Wenn ja, welche: _____

20) Frühere Operation: Bitte unter Angabe des Eingriffs & Jahres O n O j
 Wenn ja, welche: _____

21) Trinken Sie Alkohol? O n O j
 Wenn ja, wie häufig? _____
 Was und wie viel? _____

22) Rauchen Sie? O n O j
 Wenn ja, was und wie viel täglich? _____

Datum und Unterschrift Patient

Kenntnisnahme zuständiger Arzt