

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Sie ...

- eine Herzerkrankung? ja nein
- erhöhten Blutdruck? ja nein
- niedrigen Blutdruck? ja nein
- eine Blutgerinnungsstörung? ja nein
- Blutverdünnung durch Medikamente? ja nein
- Diabetes? ja nein
- eine Infektionskrankheit? (Hepatitis, MRSA, HIV, ...)
 ja nein
- grünen Star (Glaukom)? ja nein
- ein künstliches Gelenk ? (Hüfte, Knie, ...)
 ja nein
- ein transplantiertes Organ oder eine künstliche Herzklappe?
 ja nein
- Allergien auf Medikamente oder Metalle ?
welche? _____
- sonstige Erkrankungen? ja nein
welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

welche? _____

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung, die zurzeit
noch nachbehandelt wird? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Datum

Unterschrift