

Liebe Patientin, lieber Patient,

um möglichst rasch einen Überblick über Ihre „Gesundheitsgeschichte“ zu bekommen und für Sie bei einer möglichen Behandlung oder einem operativen Eingriff die Risiken zu minimieren, bitten wir Sie, uns vorab folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum:

\_\_\_\_\_

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Erkrankung des Herz/Kreislaufsystems bekannt, wie z. B.:

Hoher Blutdruck: Ja  Nein  Wenn ja, wie hoch \_\_\_\_/\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck: Ja  Nein  Wenn ja, wie niedrig \_\_\_\_/\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Herzkranzgefäße:

Angina pectoris: Ja  Nein  Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Herzinfarkt: Ja  Nein  Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine Blutgerinnungsstörung bekannt? Ja  Nein

Hatten Sie z. B. schon einmal eine Thrombose? Ja  Nein  Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Liegt eine erhöhte Blutungsneigung vor? Ja  Nein

Leiden Sie an einer Allergie? Ja  Nein  Wenn ja, Allergie gegen: \_\_\_\_\_

Weibl. Patienten: Hatten Sie bereits Geburten? Ja  Nein  , wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie schon einmal eine Erkrankung:

- der Niere? Ja  Nein  Wenn ja, welche und wann \_\_\_\_\_

- der Lunge? Ja  Nein  Wenn ja, welche und wann \_\_\_\_\_

- der Leber? Ja  Nein  Wenn ja, welche und wann \_\_\_\_\_

- des Magen-Darmtrakt? Ja  Nein  Wenn ja, welche und wann \_\_\_\_\_

Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bzw. -unterfunktion bei Ihnen bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Erkrankung des Skelettes?

- der Gelenke: Ja  Nein  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

- der Wirbelsäule Ja  Nein  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

- andere: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Erkrankung des Nervensystems?

- Taubheitsgefühl Ja  Nein  Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

- Einschränkung der Beweglichkeit Ja  Nein  Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

- andere: \_\_\_\_\_

Ist eine Viruserkrankung bei Ihnen bekannt? Z.B. Hepatitis, HIV usw. ? Ja  Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Sonstige bestehende Erkrankungen: Ja  Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja  Nein

Art des Eingriffs	Wann (bitte Jahreszahl angeben)

Mir ist bekannt, dass die von mir gemachten Angaben lediglich zur Risikominimierung bei einer eventuell geplanten Behandlung oder einem operativen Eingriff dienen sollen und streng vertraulich gehandhabt werden. Falls sich bis zum Behandlungstermin neue Erkrankungen einstellen, werde ich diese vor Behandlungsbeginn dem Arzt mitteilen.

Ulm, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!