

Fragebogen



Liebe Patienten,

Diese Checkliste dient Ihrer Behandlung. Bitte füllen Sie ihn nach bestem Wissen aus. Wir beantworten gerne Rückfragen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: eMail:

Hausarzt: Krankenkasse:

Körpergröße: cm, Körpergewicht: kg, Allergien:

Bitte kreuzen Sie zutreffende Stellen an

Hatten Sie Operationen an den Gefäßen? Nein / Ja, welche?

Nehmen Sie Blutverdünner? Nein / Ja, welche?

Haben Sie Luftnot beim Treppen steigen? Nein / Ja, ab welcher Etage?

Haben Sie eine Nierenerkrankung? Nein / Ja Haben Sie Diabetes mellitus? Nein / Ja

Hatten Sie einen Schlaganfall? Nein / Ja Hatten Sie eine Thrombose? Nein / Ja

Haben Sie Bluthochdruck? Nein / Ja Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein / Ja

Haben Sie Herzrhythmusstörungen? Nein / Ja Herz OP oder Herz-Stents? Nein / Ja

Haben Sie eine Lungenerkrankung? Nein / Ja Besteht eine Krebserkrankung? Nein / Ja

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Nein / Ja

Besteht eine chronische Viruserkrankung, Hepatitis, HIV o.ä. Nein / Ja, welche?

Bestehen Erkrankungen weitere Erkrankungen? Nein / Ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente Nein / Ja, bitte Medikamentenplan abgeben

Datum , Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters