

Patient/in:

Gesundheitsfragebogen

Für eine gezielte ärztliche Behandlung ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen eine wichtige Voraussetzung. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Stehen sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie einen Spitalsaufenthalt? Wenn ja, warum?

O ja O nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein

Wenn ja, welche?

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten)? O ja O nein

Wenn ja, auf welche Medikamente oder Materialien

Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung/Chemo-/Strahlentherapie? O ja O nein

wenn ja, welche?

Neigen Sie zu Nachblutungen? O ja O nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? O ja O nein

Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie Substanzen/Medikamente zum Schutz vor Knochenabbau? O ja O nein

Hatten oder leiden Sie an einer der angeführten Erkrankungen/Risikofaktoren?

Blutdruckveränderung (hoch, niedrig, Kollapsneigung) O ja O nein

Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzschrittmacher O ja O nein

Krampfanfälle O ja O nein

Atemwegserkrankungen / Lungenerkrankungen O ja O nein

Zustand nach Schlaganfall O ja O nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS,...) O ja O nein

Lebererkrankungen O ja O nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) O ja O nein

Magen-Darm-Erkrankungen O ja O nein

Schilddrüsenerkrankungen O ja O nein

Erkrankungen der Niere/Blase O ja O nein

Psychische Erkrankung (Depression, Burn out, ...) O ja O nein

Immundefizit O ja O nein

Osteoporose O ja O nein

Glaukom O ja O nein

Nicht angeführte Erkrankungen?

Rauchen Sie? O ja O nein

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? O ja O nein

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!

Datum und Unterschrift des Patienten