

âуу

Дорогая пациентка!

Мы хотели бы передавать Вам наилучшее обращение. Тем не менее, это только тогда возможно, когда у нас есть знания о Вашем остальном состоянии здоровья и Ваших пред-заболеваниях / операции.

Ее имя:..... Ее дата рождения:.....

1. Устанавливалось ли одно из следующих заболеваний / симптомы у Вас?

повышенное давление (Bluthochdruck) нет (nein) да (ja)
Сахарный диабет? (Zuckerkrankheit) нет да

Заболевания печени желчь? (Erkrankungen der Leber/ Galle?) нет да

Сердечная циркуляция или легочные заболевания? (Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen?) нет да

Заболевания канала кишки? (Erkrankungen des Darmkanals) нет да

Заболевания пузыря или почки (Erkrankungen der Blase oder Nieren) нет да

Курите ли Вы? (Rauchen Sie?) нет да

Если у Вас есть расширения вен (Haben Sie Krampfadern?) нет да

Если у Вас был уже тромбоз (Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?) нет да

Если у Вас была уже эмболия легочной артерии (Lungenembolie?) нет да

Есть ли у Вас Мозг-органическое страдание судороги (например, эпилепсию)?
(Hirnorganisches Krampfleiden (z.B. Epilepsie)) нет да

Следующие инфекции выдерживали в течение последних лет Одер существования:

Гепатит В или С, ВИЧ, туберкулез? нет да

Вы имели раковое заболевание или имеют (Krebsleiden?) нет да

2. Если беременности / рождения существовали у Вас (Schwangerschaften/Geburten)

нет да, сколько?

3. Если раковые заболевания существовали или выдерживают в Вашем кровном родстве, (Blutsverwandtschaft Krebserkrankungen)

рак груди (Brustkrebs) нет да

Рак живота (Unterleibskrebs) нет да

4. Если имеется в близком родстве инфаркт сердца,

Тромбоз или апоплексический удар? (Herzinfarkt,Thrombose oder Schlaganfall?)

нет да

5. Если Вы уже были оперируемы (Sind Sie schon einmal operiert worden) нет да

6. Берете ли Вы регулярно медикаменты? (regelmäßig Medikamenteneinnahme?)

нет да

7. Если у Вас есть аллергии (Haben Sie Allergien?) нет да

Большое спасибо, что Вы взяли время!

Подпись: _____