

Liebe Patientin!

Wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Das ist jedoch nur dann möglich, wenn wir Kenntnisse über Ihren übrigen Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen/Operationen haben.

Name:..... **Vorname:** **Geb.:**..... **Größe:** **Gewicht:**

Hausarzt:..... **E-Mail:**.....

Hiermit erlaube Ich, dass diese in der o.g. Praxis gespeichert und verwendet werden kann, um mich zu kontaktieren. Zudem erlaube ich die Speicherung, wenn Ich die o.g. Praxis über meine E-Mail kontaktiere. Mir ist bewusst, dass ich diese Erlaubnis jederzeit widerrufen kann.

1. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen / Symptome festgestellt?

- Bluthochdruck** (auch, wenn er medikamentös gut eingestellt ist)? ☐ nein ☐ ja
- Zuckerkrankheit?** ☐ nein ☐ ja
- Haben Sie eine **Schilddrüsenerkrankung?** ☐ nein ☐ ja
- Erkrankungen der Leber/ Galle?** ☐ nein ☐ ja
- Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen?** ☐ nein ☐ ja
- Erkrankungen des **Darmkanals (Dünn- und/oder Dickdarm)?** ☐ nein ☐ ja
- Erkrankungen der **Blase oder Nieren?** ☐ nein ☐ ja
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?** _____ ☐ nein ☐ ja
- Haben Sie **Krampfadern?** ☐ nein ☐ ja
- Hatten Sie schon einmal eine **Thrombose?** ☐ nein ☐ ja
- Hatten Sie schon einmal eine **Lungenembolie?** ☐ nein ☐ ja
- Haben Sie ein **Hirnorganisches Krampfleiden** (z.B. Epilepsie)? ☐ nein ☐ ja
- Bestehen-oder bestanden in den letzten Jahren folgende **Infektionen:** ☐ nein ☐ ja
- Hepatitis B oder C, HIV, Tbc?
- Sind andere **Infektionskrankheiten** bekannt? ☐ nein ☐ ja, welche?

Hatten oder haben Sie ein **Krebsleiden?** ☐ nein ☐ ja, welches?

2. Bestanden bei Ihnen Schwangerschaften/Geburten? ☐ nein ☐ ja, wie viele?

3. Bestanden oder bestehen in Ihrer Blutsverwandtschaft Krebserkrankungen, insbesondere Brust- oder Unterleibskrebs? ☐ nein ☐ ja
wer, was? _____

4. Gibt es in der nahen Verwandtschaft Herzinfarkt, Thrombose oder Schlaganfall? ☐ nein ☐ ja

5. Sind Sie schon einmal operiert worden? ☐ nein ☐ ja, was?

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, geben Sie bitte die Namen der Medikamente an (einschl. Verhütung: Pille/Spirale/etc)

7. Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, geben Sie bitte die Allergien an

Unterschrift:.....