

Wir möchten Sie höflichst bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Antworten erleichtern es die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen. Danke!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon oder Handy Nr: \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt, Ort \_\_\_\_\_

## 1. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

**Herzinfarkt?** Ja  Nein  **Herzklappenersatz?** Ja  Nein

**Bluthochdruck?** Ja  Nein  **Gicht?** Ja  Nein

**Durchblutungsstörungen** Ja  Nein  **Bypass?** Ja  Nein

**Thrombosen?** Ja  Nein

**Zuckerkrankheit?** Ja  Nein  Metformin  oder Insulin

Asthma / chronische Bronchitis Ja  Nein

Tumorerkrankungen, wenn ja, was? \_\_\_\_\_ Nein

Andere **internistische** Erkrankungen? \_\_\_\_\_ Nein

## Nehmen Sie einen Blutverdünner ein?

Nein  ASS  Marcumar  Andere

## Haben Sie Allergien?

Pflaster  Nickel  Latex  Sonstige \_\_\_\_\_ Nein

## Nehmen Sie Dauermedikamente ein?

Ja, folgende \_\_\_\_\_ Nein

## Welche Beschwerden haben Sie seit wann? Haben Sie einen Unfall erlitten?

Wurden Sie wegen **dieser** Beschwerden bereits behandelt oder **geröntgt**, wenn ja, **wo / bei wem?**

Wären Sie mit der Anfertigung einer **AKTUELLEN** Röntgenaufnahme einverstanden?

Ja  Nein

**Sind Sie schwanger?** Ja  Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass ärztliche Informationen an beteiligte Krankenhäuser, bzw. ärztliche Kollegen weitergegeben werden? Ja  Nein

**Vielen Dank!**

Datum:

**Unterschrift:**