

Patientenfragebogen

Name

Vorname

Geburtsdatum

männlich

weiblich

divers

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck	ja	nein
Niedriger Blutdruck	ja	nein
Herzklappenfehler	ja	nein
Herzklappenersatz	ja	nein
Herzschrittmacher	ja	nein
Endokarditis	ja	nein
Herzoperation	ja	nein

Organtransplantiert

ja nein

Stammzellentransplantiert

ja nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion / Stadium AIDS	ja	nein
Lebererkrankung / Hepatitis	ja	nein
wenn ja, welche	A	B C
Tuberkulose	ja	nein
Andere Infektionskrankheiten	ja	nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

wenn ja, in welchem Monat?

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

Asthma / Lungenerkrankungen

ja nein

Blutgerinnungsstörungen

ja nein

Diabetes / Zuckerkrankheit

ja nein

Drogenabhängigkeit

ja nein

Nervenerkrankung

ja nein

Nierenerkrankungen

ja nein

Ohnmachtsanfälle

ja nein

Osteoporoseerkrankung

ja nein

Raucher

ja nein

Rheuma / Arthritis

ja nein

Schilddrüsenerkrankung

ja nein

Sonstige Erkrankungen

ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie / Spritzen	ja	nein
Antibiotika	ja	nein
Schmerzmittel	ja	nein
Metalle	ja	nein

Nehmen Sie blutverdünnende

ja nein

Medikamente?

wenn ja, welche

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig bzw. zurzeit?

Medikament seit

Medikament seit

Medikament seit

Ort, Datum

Unterschrift