

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

Stammzellentransplantiert	ja	nein
---------------------------	----	------

Infektiöse Erkrankungen

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

Besteht eine Schwangerschaft?

wenn ja, in welchem Monat?

Anfallsleiden (Epilepsie)

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
Medikamente?

wenn ja, welche

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig bzw. zurzeit?

Medikament seit

Medikament seit

Medikament seit

Ort, Datum

Unterschrift