

**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**

**1. Haben Sie zu hohen Blutdruck ?** Ja  Nein

**2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?** Ja  Nein

**3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens ?**

- angeborene oder erworbene Herzfehler

Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen Ja  Nein

- Endokarditis ( Herzinnenhautentzündung ) Ja  Nein

- Herzoperationen Ja  Nein

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

- haben Sie einen Herzschrittmacher ? Ja  Nein

- haben Sie einen Herzpass ? Ja  Nein

**4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen ?**

- Zuckerkrankheit Ja  Nein

- Erkrankungen des Blutes ( z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen ) Ja  Nein

- Allergien / Allergiepass (Wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_ Ja  Nein

- Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein

- Asthma / Lungenerkrankungen Ja  Nein

- Nervenerkrankung Ja  Nein

- **Hepatitis A/B/C** / Lebererkrankungen Ja  Nein

- Anfallsleiden ( z.B. Epilepsie ) Ja  Nein

- Magen- Darmerkrankung Ja  Nein

- Immunschwäche ( HIV positiv ) Ja  Nein

**5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?** Ja  Nein

(z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana)

**6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?** Ja  Nein

Falls ja, welche : \_\_\_\_\_

**7. Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen ?** Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ? (Medikamentenplan)**

\_\_\_\_\_

**9. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?**

Datum ( ungefähr ) \_\_\_\_\_ Organ: \_\_\_\_\_

**10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger ?** Ja  Nein

**11. Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_