

Gesundheitsfragebogen:

Vorname: _____ Name: _____

Hausarzt bzw. andere Ärzte, bei denen Sie ständig in Behandlung sind _____

JA **NEIN**

- Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, in welchem Monat: _____
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, aus welchem Grund? _____
- Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?
 Bluthochdruck Herzklappenfehler
 Herzklappenersatz Herzschrittmacher
 Endokarditis
 Herzoperation Wenn ja, wann: _____
- Leiden Sie an Asthma/ Lungenerkrankungen?
- Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen?
- Leiden Sie an Rheuma oder anderen Knochen- od. Gelenkerkrankungen?
- Leiden Sie an Diabetes mellitus?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? : _____
- Ist Ihnen eine Allergie bzw. Unverträglichkeit bekannt? Zum Beispiel:
 Lokalanästhesie/ Spritzen Antibiotika/ Penicillin
 Schmerzmittel Metalle
 Andere _____
- Hatten/Haben Sie ein Leberleiden (Hepatitis)?
Wenn ja, welche? : _____
- Hatten/Haben Sie Tuberkulose?
- Sind Sie HIV-positiv (AIDS)?
- Wurde bei Ihnen MRSA nachgewiesen (Krankenhauskeim)?
- Haben Sie Anfallsleiden (Epilepsie)?
- Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?
- Leiden Sie oft an Kopfschmerzen od. an Verspannungen im Gesichts- od. Nackenbereich?
- Hatten/Haben Sie ein Problem mit Drogen/ Alkohol?

Ich versichere rechtsverbindlich, dass meine Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unaufgefordert mitteilen.

Datum: _____

Unterschrift: _____