



## *Werte Patientin, werter Patient!*

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen aus und geben Sie ihn am Schalter ab. Er wird an unseren Arzt weitergeleitet. Ihre vollständigen und genauen Angaben sind erforderlich um Komplikationen vorzubeugen.

- Hatten Sie ernstliche **Erkrankungen** oder **Operationen?** (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose, Lungeninfarkt, hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit, Epilepsie, Osteoporose, Asthma, Angina Pectoris, Krebs, Gelenkoperationen, Knochenbrüche, Unfälle). Welche und wann/seit wann?

.....  
.....  
.....

- Leiden oder litten Sie an **Infektionskrankheiten** wie Hepatitis A, B, C, Tuberkulose, HIV, Salmonellendauerausscheidertum, MRSA, VRE, ESBL? Welche und wann/seit wann?

.....

- Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ständig oder vorübergehend?

.....  
.....

- Befinden sich in Ihrem Körper **Metallteile?** (Herzschrittmacher, Knochennagelung, künstliches Gelenk, Metallsplitter, Spirale, Zahnimplantat) Welche und wo?

.....

- Haben Sie einen Herzschrittmacher?     nein     ja
- Leiden Sie unter Krampfadern?             nein     ja
- Sind Sie schwanger?                         nein     ja
- Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?     nein     ja, welche?

.....

- Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Welche?

.....

.....  
**Name**

.....  
Geburtsdatum

.....  
Datum

.....  
Unterschrift