



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um genaue Beantwortung**

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente? Ja 0 Nein 0

Haben sie eine Medikamentenallergie? Nein 0 ja 0 gegen \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer der unten aufgeführten Erkrankungen?**

Herz-Kreislauf-Störungen	Ja 0	Nein 0
Bluthochdruck	Ja 0	Nein 0
Atemwegs-/ Lungenerkrankung	Ja 0	Nein 0
Lebererkrankung	Ja 0	Nein 0
Nierenerkrankung	Ja 0	Nein 0
Infektionskrankheiten	Ja 0	Nein 0
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Ja 0	Nein 0
Magen-Darm-Erkrankung	Ja 0	Nein 0
Rheumatischer Erkrankung	Ja 0	Nein 0
Neurologischer Erkrankung	Ja 0	Nein 0
Sonstige Erkrankung	Ja 0	Nein 0

Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert? Ja 0 Nein 0  
Weshalb und wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja 0 Nein 0

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Körperteil/Organ: \_\_\_\_\_

Physiotherapie- Verordnung in den letzten 6 Monaten \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten erfolgt nur im gesetzlich erlaubten Umfang und ist für die Führung unserer Patientenkartei unerlässlich. Die rechtlichen Rahmenbedingungen wie z.B. Datenschutzgrundverordnung sind Grundlage unserer Datenverarbeitung. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich auch der ärztlichen Schweigepflicht. Sie können Ihre Einwilligung zur Datenspeicherung jederzeit widerrufen.