

Liebe Patienten,

wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben erleichtern uns die Dokumentation und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Straße: _____

E-Mail: _____

PLZ/ Ort: _____

Beruf: _____

Körpergewicht in kg: _____

Körpergröße in cm: _____

Ihre aktuellen Medikamente:

Blutverdünner: _____

Bitte geben Sie Ihre Allergien an:

Voroperation (inkl. Datum):

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| HIV | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Nikotin | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Alkohol | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Kortison-Therapie | <input type="checkbox"/> | | |

Datum: _____

Unterschrift: _____

Besten Dank für Ihre Hilfe!