

Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen vollständig zu beantworten

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. unterstreichen oder einkreisen, danke

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Telefonnummer:

Name des Hausarztes:

Welche Medikamente / Dauermedikamente nehmen Sie z. Zt. Ein ? Ggf. Medikationsplan:

1. Herzerkrankungen oder Kreislaufprobleme: (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Blutdruckprobleme)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
2. Lungen- oder Atemwegserkrankungen oder- Verletzungen: (z.B. Asthma, Tuberkulose, chron. Bronchitis, Lungen- oder Rippenfellentzündungen)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
3. Häufige Infekte im HNO-Bereich: (z.B. Mittelohrentzündungen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Mandelentzündungen)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
4. Allergien (z.B. Unverträglichkeit von Medikamenten, Heuschnupfen) - > WENN Ja, WELCHE????	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
5. Periphere Durchblutungsstörungen: (z.B. Diabetes mellitus, Arterielle Verschlusskrankheit, Venenleiden, Krampfadern, Anämie, Thrombose)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
6. Wahrnehmungsstörungen: (z.B. Ohrgeräusche, Schwindel, Druckgefühl, Kopfschmerzen / Migräne, Riech- und Geschmackstörungen)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
7. Magen- und Darmerkrankungen: (z.B. Ulcera, M. Crohn, Colitis, Ulcerosa)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
8. Autoimmunerkrankungen: (z.B. Multiple Sklerose, Sklerodemie)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
9. Hauterkrankungen: (z.B. Neurodermitis)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
10. Erkrankungen des Nervensystem: (z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Polyneuropathie, Schlafstörungen)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
11. Krebserkrankungen oder Tumorleiden	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
12. Erkrankungen der Mundschleimhaut oder der Zähne (z.B. Paradontose, Karies)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
13. Knochen- und Gelenkerkrankungen: (z.B. Osteoporose, Knochenhautentzündungen, Nekrose, Rheuma, Polyarthrits)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
14. Besteht eine Schwangerschaft ?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
15. Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

16. AKTUELLE BESCHWERDEN: