

Name:

Geburtsdatum:

Bevor wir die Therapie beginnen können, benötigen wir noch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Therapie bei uns. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und sind ausschließlich für hausinterne Verwendung vorgesehen.

Bitte kreuzen Sie zutreffende Angaben an.

Chronische Erkrankungen:

	ja	nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektiöse Erkrankungen:

HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A,B,C....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige infektiöse Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die weiblichen Patienten: Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche und in welcher Dosierung?