

## Patienten-Fragebogen

Liebe Patienten,  
dieser Fragebogen soll dazu dienen, die wichtigsten medizinischen Informationen, die Sie betreffen, vor Beginn der Therapie zu erfassen. Er verbleibt in Ihrer Patientenakte und unterliegt selbstverständlich dem Datenschutz.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

2. Nehmen Sie Marcumar-Tabletten ein? (Plavix, Iscover)  ja  nein

3. Wurden bei Ihnen Organerkrankungen festgestellt?  ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                              | <input type="checkbox"/> Epilepsie       |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen                      | <input type="checkbox"/> Asthma          |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche                               | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nierenschwäche  |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Thrombose oder Embolie        |  |
| <input type="checkbox"/> andere neurologische Erkrankungen _____    |  |
| <input type="checkbox"/> andere Lungenerkrankungen _____            |  |

4. Bisherige Operationen? Wann und welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Allergien? Welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (bitte Namen und Menge angeben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie uns in Ihrem eigenen Interesse, wenn sich bei den von Ihnen gemachten Angaben im Verlauf der Behandlung Änderungen ergeben. Vielen Dank!

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_