Patientenfragebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen		
Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein
Organtransplantiert	☐ ja	☐ nein
Stammzellentransplantiert	☐ ja	☐ nein
Infektiöse Erkrankungen		
HIV-Infektion / Stadium AIDS	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung / Hepatitis	☐ ja	☐ nein
wenn ja, welche	☐ A	☐ B ☐ C
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Andere Infektionskrankheiten	☐ ja	☐ nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
wenn ja, in welchem Monat?		

Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Asthma / Lungenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ ja	☐ nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle	☐ ja	☐ nein
Osteoporoseerkrankung	☐ ja	☐ nein
Raucher	☐ ja	☐ nein
Rheuma / Arthritis	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen	☐ ja	☐ nein
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Lokalanästhesie / Spritzen	☐ ja	☐ nein
Antibiotika	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja	☐ nein
Metalle		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	☐ ja	☐ nein
wenn ja, welche		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig bzw. zurzeit?

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Winterthur, _____ Unterschrift _____