

Datum: _____

Name, Vorname _____ geboren: _____
Straße/Nr. _____ PLZ: _____
Tel.: _____ Handy: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Zusatzversicherung: Ja__ Nein__

Schwangerschaft: Ja__ Nein__

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK) Ja__ Nein__

Herzkreislauf:

Herzfehler
 Endokartitisprophylaxe
 Herzinfarkt
 künstliche Herzklappe
 hoher niedriger Blutdruck
Sonstiges _____

Gefäße:

Schlaganfall
 Durchblutungsstörungen
 Thrombose
Sonstiges _____

Atemwege/Lunge

Asthma
 Lungenentzündung
 Bronchitis
 Schlafapnoe
Sonstiges _____

Leber:

Gelbsucht
 Hepatitis A B oder C
Sonstiges _____

Immunschwäche:

HIV/AIDS
 Organtransplantation
Sonstiges _____

Nieren:

Dialysepflichtig
 Niereninsuffizienz
Sonstiges _____

Magen/Darm:

Geschwüre
Sonstiges _____

Stoffwechsel:

Diabetes mellitus Typ I
 Diabetes mellitus Typ II
 Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion
Sonstiges _____

Blut:

Gerinnungsstörungen
 Nachblutung nach OP
Sonstiges _____

Knochen:

Bisphosphonate
Sonstiges _____

Allergien:

Pflaster
 Latex
 Medikamente
Sonstiges _____

Sonstige Erkrankungen/ Medikamente _____