

Dieser **ERFASSUNGSBOGEN** dient der Vorbereitung auf das Arztgespräch und Ihrer Sicherheit. Er ist von der Krankenkasse vorgeschrieben. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft.

1. Wurden Ihnen **elektronische Geräte** eingesetzt (z.B. ein Herzschrittmacher) Ja Nein 1

2. Hatten Sie jemals **Epilepsie** (Anfallsleiden)? Ja Nein 2

3. a) Haben Sie (ausg. Zahnbereich) **Metallteile** im Körper? Ja Nein 3a
(z.B. künstl. Gelenk, Schrauben/Nägel nach Knochenbruch, Granatsplitter, Piercing, Metallklipse nach endoskopischen/anderen Operationen,...)

b) Haben Sie **andere körperfremden Teile** implantiert? Ja Nein 3b
(z.B. Silikonimplantate in der Brust, künstl. Linsen im Auge,...)

4. Sind Sie **ALLERGISCH**? Neigen Sie zu **AUSSCHLÄGEN**? Ja Nein 4

5. Nehmen Sie **GERINNUNGSHEMMENDE** (BLUTVERDÜNNENDE) **MEDIKAMENTE**? Ja Nein 5
(z.B. Marcoumar, Sintrom, Thromboass, Plavix, Clopidogrel, niedermolekulare Heparine, als Spritzen oder Tabletten)

6. Hatten Sie a) eine **OPERATION**? (z.B. Blinddarm, Mandeln, Gallenblase, Leistenbruch) Ja Nein 6a
b) eine **KREBSERKRANKUNG**? Ja Nein 6b

7. Sonstige **KRANKENHAUS-AUFENTHALTE**? Ja Nein 7

8. Litten Sie jemals unter **ERHÖHTEM BLUTDRUCK**? Ja Nein 8

9. Sind Sie **ZUCKERKRANK**? Ja Nein 9

10. Leiden Sie unter **SCHMERZEN IM BRUSTKORB**? Ja **KURZATMIGKEIT** bei Anstrengungen? Ja Nein 10

11. Hatten Sie einen **HERZINFARKT**? Ja einen **SCHLAGANFALL**? Ja
eine **VENEN-THROMBOSE**? Ja einen **LUNGENINFARKT**? Ja Nein 11

12. Haben Sie eine **CHRONISCHE** oder **ANGEBORENE ERKRANKUNG**? Ja Nein 12
(z.B. chron. Polyarthrit, Leber-, Magen-, Nieren-, Bronchienerkrankung, Herzklappenfehler, Bluterkrankheit,...)

13. a) Haben Sie jemals eine **PHYSIKALISCHE THERAPIE** schlecht vertragen? Ja Nein 13a
b) Haben Sie jemals ein **ARZNEIMITTEL** schlecht vertragen? Ja Nein 13b

14. Bei Frauen: Sind Sie **SCHWANGER**? Ja Nein 14

15. Haben oder hatten Sie eine **INFEKTIONSKRANKHEIT**? (z.B. HIV, Hepatitis A-G, TBC, MRSA,...) Ja Nein 15

16. Sind Sie im **LETZTEN MONAT IM KRANKENHAUS** gelegen? Ja Nein 16

17. Hatten Sie **KNOCHENBRÜCHE** oder **ANDERE UNFÄLLE**? Ja Nein 17

18. Ich bin an **PRIVATANGEBOTEN** zur Verbesserung meines Gesundheitszustandes interessiert. Ja Nein 18

Nr.: _____ Initialen: _____ . _____