

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

---

19. Ich habe die **DATENSCHUTZERKLÄRUNG** lt. Aushang zustimmend zur Kenntnis genommen. Ja  Nein  19

---

Nr.: \_\_\_\_\_ Initialen: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_