

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? ja nein ergänzende Angaben

Allergie (z.B. auf Medikamente)	(welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	(Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)	(welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung/	Einnahme von blutgerinnungshemmenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	(welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom	(erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Herz-Kreislauf-Erkrankung</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler/-ersatz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonie (niedriger Blutdruck)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex (Schlaganfall)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Infektionskrankheiten</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunmangel-Syndrom (AIDS-HIV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Nierenerkrankungen</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Niereninsuffizienz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Osteoporose</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate) erhalten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebererkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen / Gelenkersatz	(welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie z.Zt. in orthopädischer oder krankengymnastischer Behandlung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Anzahl pro Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ?	welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ kg

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

Bitte auch Seite 1 ausfüllen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

