

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

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Allergie | (welche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden | (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemwegserkrankungen | (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"/> |

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | | <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"/> |

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

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

| | | | |
|----------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Osteoporose | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose 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 | (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"/> |

Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte auch Seite 1 ausfüllen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

