

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben ankreuzen bzw. eintragen.

ASTHMA / BRONCHITIS (schwere Atemnot) ja nein _____

RAUCHEN (wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag) ja nein _____

BLUTHOCHDRUCK ja nein _____

ERKRANKUNG DES HERZENS (ggf. wann?) ja nein _____

Herzinfarkt Herzschrittmacher Bypass
 Herzfehler Künstl. Herzklappe Angina pectoris

GERINNUNGSSTÖRUNGEN (auch bei Blutsverwandten) ja nein _____

GERINNUNGHEMMEDE MEDIKAMENTE ja nein _____

ASS / Aspirin Marcumar
 Plavix / Iscover / Clopidogrel / andere aspirinhaltige Medikamente (z.B. Thomapyrin)

LEBERERKRANKUNGEN ja nein _____

Hepatitis A B C

NIERENERKRANKUNGEN ja nein _____

Dialyse

ZUCKERKRANKHEIT / DIABETES ja nein _____

SKELETTSYSTEM / KNOCHEN ja nein _____

Rheuma Osteoporose Künstl. Gelenke Muskelerkrankungen

NERVEN- / GEMÜTSEKRANKUNGEN ja nein _____

Epilepsie Schlaganfall Depressionen andere

TUMORERKRANKUNGEN (ggf. wann und wo?) ja nein _____

BEHANDLUNG MIT BISPHOSPHONATEN ja nein _____

(Aclasta®, Actonel®, Bonviva®, Fosamax®, Fosavance®, Zometa®)

REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTENEINNAHME ja nein _____

(ggf. Liste vorlegen)

ALLERGISCHE REAKTIONEN ja nein _____

(ggf. Allergiepass vorlegen)

MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEIT ja nein _____

Penicillin Schmerzmittel Lokalanästhetika

SCHWANGERSCHAFT ja nein ungewiss

Welche Schwangerschaftswoche (SSW)? _____

SONSTIGE ANGABEN / ANDERE KRANKHEITEN ja nein _____

OPERATIONEN (Besonderheiten?) ja nein _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift