

Fragebogen I

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um den mitbehandelnden Ärzten Nachricht über den Verlauf zukommen zu lassen, ist die möglichst detaillierte Auskunft hinsichtlich der genauen Angaben (Name, Anschrift) unbedingt notwendig.

Patient	Versicherter (auszufüllen z.B. bei Kindern)
----------------	--

Name: _____	Name: _____
-------------	-------------

Vorname: _____	Vorname: _____
----------------	----------------

Geb-Datum: _____	Geb-Datum: _____
------------------	------------------

Geburtsort: _____	Geburtsort: _____
-------------------	-------------------

Staatsangehörigkeit: _____	Staatsangehörigkeit: _____
----------------------------	----------------------------

Straße: _____	Straße: _____
---------------	---------------

PLZ, Ort: _____	PLZ, Ort: _____
-----------------	-----------------

Tel.-Nr.(tags.): _____	Tel.-Nr. _____
------------------------	----------------

Tel.-Nr. _____	Tel.-Nr.(tags): _____
----------------	-----------------------

Krankenkasse: _____	Krankenkasse: _____
---------------------	---------------------

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Praxisanschrift des einweisenden Arztes/Zahnarztes:

Name: _____	Straße: _____
-------------	---------------

Vorname: _____	PLZ, Ort: _____
----------------	-----------------

Fachbezeichnung: _____	Tel: _____
------------------------	------------

Praxisanschrift des Hausarztes:

Name: _____	Straße: _____
-------------	---------------

Vorname: _____	PLZ, Ort: _____
----------------	-----------------

Fachbezeichnung: _____	Tel: _____
------------------------	------------

Praxisanschrift des Zahnarztes:

Name: _____	Straße: _____
-------------	---------------

Vorname: _____	PLZ, Ort: _____
----------------	-----------------

Fachbezeichnung: _____	Tel: _____
------------------------	------------

Nürnberg, den _____

Unterschrift Patient / Erzieh.-Berechtigte (r) _____

Fragebogen II

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

Name, Vorname

Mit den folgenden Fragen wollen wir mögliche Risiken für einen operativen Eingriff erfassen und damit ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen.

Geb.- Datum

Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen
Und Benachrichtigen uns, wenn Die Hilfe benötigen.

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten?

Bitte vermerken Sie dies durch unterstreichen.

Herzerkrankung (Herzinfarkt, AnginaPectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündung,) nein ja

nehmen Sie Marcumar nein ja

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, zu hoher oder niedriger Blutdruck, Schwindel) nein ja

Lungen- und Atemwegserkrankungen (chron. Bronchitis, chron. Husten, Tuberkulose, Asthma) nein ja

Erkrankung des Skelettsystems (Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Rheuma) nein ja

Magen- Darmbeschwerden (Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen) nein ja

Nierenerkrankung (Nierenentzündung, Nierensteine) nein ja

Lebererkrankung (Gelbsucht, Leberverhärtung) nein ja

Stoffwechselerkrankung (Diabetes Typ_____) nein ja

Nervenleiden (Epilepsie) nein ja

Schilddrüsenerkrankung (Kropf) nein ja

Verstärkte Blutung (nach Zahntfernung, Geburten, Verletzungen) nein ja

Wurden Sie wegen **Gemütsleiden** (z. B. Depression) ärztlich behandelt? nein ja

Infektionskrankheiten (Hepatitis A/B/C, AIDS) nein ja

Medikamenten-, Drogenabhängigkeit nein ja

Allergien (Heuschnupfen, Pflaster, Überempfindlichkeit auf gegen Medikamente Welche: nein ja

Rauchen Sie regelmäßig? nein ja

wie viel?_____

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**? nein ja

Wie viel? ___Bier/ ___Schnaps/ ___Wein

Besteht eine **Schwangerschaft**? nein ja

Befanden Sie sich in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**?

Wegen:_____, bei:_____

Nehmen Sie **Medikamente** ein? nein ja

Frühere **Operationen** (z.B. Leistenbruch 1984) oder **Unfälle** (z.B. Beinbruch 1970)

1) 1) Tumor/ Karzinom/ Krebs nein ja/ Wann:_____

2) 2)

Nürnberg, den _____ Unterschrift:_____