

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden?

Operation: _____ . Wann: _____

Operation: _____ . Wann: _____

Spezielle Risiken:

- Herzerkrankung, Herz-OP, Herzinfarkt? _____ . Wann: _____
- Lungenerkrankung (COPD, Asthma)
- Diabetes mellitus mit /ohne Insulin
- Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV, Tuberkulose?)
- Allergien gegen Medikamente _____
- Glaukom (grüner Star)
- Komplikationen bei früheren Eingriffen (Blutung, Thrombose) _____
- Besteht eine Schwangerschaft?

Bitte geben Sie die regelmäßig eingenommenen Medikamente an:

Nehmen Sie eine Blutverdünnung ein? _____

Nehmen Sie Mittel gegen Diabetes ein? _____

Andere Medikamente: _____

Alle ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht! Informationen, die wir im Rahmen unsere Untersuchung oder Behandlung erheben, werden immer nur dem zuweisenden Arzt bzw. dem Hausarzt mitgeteilt. Wenn Sie auch dies nicht wünschen, weisen Sie uns ausdrücklich darauf hin! Wenn Sie möchten, dass wir eine Vertrauensperson über Ihren Gesundheitszustand informieren, tragen Sie hier den Namen der Person ein:

.....

Datum.....

Ihre Unterschrift.....

Bitte wenden!