

Name, Vorname:

geb.:

Liebe Patienten,

Um Risiken vor einer evtl. anstehenden Operation herabzusetzen, würden Sie uns helfen, wenn Sie diesen Fragebogen zu Ihrer Vorgeschichte ausfüllen könnten. (Bringen Sie den ausgefüllten Bogen bitte spätestens beim nächsten Termin mit)

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wurden Sie bisher schon einmal operiert? (wenn ja: woran und wann?)

OP: \_\_\_\_\_ OP: \_\_\_\_\_  
OP: \_\_\_\_\_ OP: \_\_\_\_\_  
OP: \_\_\_\_\_ OP: \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten ?**

**1. Herz-, Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen** ja  nein

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Asthma                |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris       | <input type="checkbox"/> Lungenembolie         |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche          | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung      |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck   |
| <input type="checkbox"/> Andere, welche?       |  |

**2. Gefäßerkrankungen** ja  nein

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krampfadern                                  | <input type="checkbox"/> Thrombose, Venenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen        | <input type="checkbox"/> Lungenembolie              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall / Gehirn-Durchblutungsstörungen |   |
| andere, welche?   |   |

**3. Stoffwechselerkrankungen** ja  nein

(Gicht, Schilddrüsenerkrankung, erhöhtes Cholesterin, Zucker)?

- Diabetes (Zuckerkrankheit)       Schilddrüsenerkrankungen       andere, welche?

**4. Leber-, Gallen-, Magen-Darmerkrankungen** ja  nein

(z. B. Magengeschwüre, Gelbsucht, Fettleber, Gallensteine)?  
wenn ja, welche:

**5. Nieren-, Harnwegserkrankungen** ja  nein

(Nierensteine, Nieren- oder Blasenentzündungen, Prostata)?  
wenn ja, welche:

6. **Nerven- oder Gemütskrankungen** ja  nein   
(Krampfanfälle, Lähmungen, Depressionen, Verwirrheitszustände)?

wenn ja, welche:

7. **Erkrankungen des Skelettsystems** ja  nein   
(Rheuma, Gelenke, Wirbelsäule, Osteoporose)?

wenn ja, welche:

8. **Bluterkrankungen, Gerinnungsstörungen** ja  nein   
(Anämie, Eisenmangel, Blutergüsse, Blutungen)?

wenn ja, welche:

9. **Ansteckende Krankheiten** ja  nein   
(Hepatitis, Tbc, HIV / AIDS, akute Kinderkrankheiten)?

wenn ja, welche:

10. **Bösartige Erkrankungen?** ja  nein

wenn ja, welche:

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

**Blutverdünnende Medikamente**

(z. B: Marcumar, Aspirin o.ä.) ?

ja  nein

welche?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja  nein

Wieviel rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? ja  nein

Wären sie nach einer Operation am gleichen Tage zu Hause versorgt? ja  nein

**Allergien / Unverträglichkeiten?** ja  nein

wenn ja: welche / worauf ?