



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, möchten wir Sie um folgende Angaben bitten:

Hausarzt: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Was ist der Grund ihres heutigen Besuches? : _____

	Ja	Nein	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atmwegserkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzter HbA1c: _____
Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann: _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann: _____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung (Dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wieviel täglich?: _____
Leiden Sie an einer anderen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Um Ihre Sicherheit während der Behandlung zu gewährleisten, geben Sie bitte Ihr Gewicht an: _____ kg

Was würde Ihnen helfen, die Behandlung angenehmer zu erleben: _____