

NACHNAME: _____ VORNAME: _____ Geboren am _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Damit wir Ihnen optimal helfen können, bitten wir Sie, schon jetzt einige Fragen zu beantworten.

Haben Sie Vorerkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Diabetes)

NEIN JA (bitte notieren Sie welche Erkrankungen)

Nehmen Sie Medikamente aufgrund Ihrer Vorerkrankung?

Hatten Sie bereits chirurgische Eingriffe an den betroffenen Gliedmaßen?

NEIN JA (bitte geben Sie unten das Datum an)

Nehmen Sie Medikamente aufgrund der Schmerzen?

NEIN JA (bitte geben Sie an welche Medikamente)

Haben Sie Allergien?

NEIN JA: _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?

NEIN JA

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Welche Sportarten üben Sie aus? _____