

# Fragebogen

(Vorerkrankungen, Risiken)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig damit wir Risiken erkennen und ggf. vermeiden können. Kreuzen Sie bitte jeweils ja oder nein an.

Alter: \_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_ kg

Beruf \_\_\_\_\_

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?  nein  ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten?

**Herz/Kreislauf** (z.B. Brustschmerz, Luftnot, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, zu hoher/niedriger Blutdruck)  nein  ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher** oder eine **künstliche Herzklappe**  nein  ja

**Blutgefäße** (z.B. Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Embolien, Krampfadern)  nein  ja

**Nieren** (Funktionseinschränkung, Dialyse)  nein  ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**Lunge** (z.B. Asthma, Tuberkulose)  nein  ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**Magen/Darm** (z.B. Entzündung, Geschwüre)  nein  ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**Augen** (z.B. grüner/grauer Star)  nein  ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel** (z.B. Diabetes, Gicht)  nein  ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**Blut** (z.B. Nasenbluten, Blutergüsse ohne Verletzung, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankungen)  nein  ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

3. Sonstige Krankheiten

Erkrankung der **Leber** ?  nein  ja

Erkrankung der **Nerven** ?  nein  ja

Besteht eine **Lähmung** ?  nein  ja

**Depressionen** ?  nein  ja

4. Leiden Sie unter **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** ?

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Besteht eine akute **Entzündung** oder **Infektion**?

nein  ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht eine **Infektionskrankheit** oder **Abwehrschwäche** (z.B. Hepatitis, HIV)  nein  ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Erhielten Sie in den letzten 2 Wochen eine **Impfung** ?

nein  ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Wurden Sie kürzlich **geröntgt** ?

nein  ja

Wenn ja, was?: \_\_\_\_\_

8. Sind Sie **schwanger** ?  nein  ja

9. **Sonstige** Erkrankungen ?  nein  ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Änderungen meines Gesundheitszustandes gebe ich umgehend an.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_