

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

In welcher Abteilung sollen sie behandelt werden?

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Operationen/ Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

.....

.....

Bei Ambulanter oder Stationärer Behandlung:

- Gibt es eine geeignete verantwortliche Person für den Heimtransport? Ja Nein
- Gibt es eine geeignete verantwortliche Person zur Überwachung der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff? Ja Nein
- Sind Sie telefonisch jederzeit erreichbar? Ja Nein
- Können Sie das Krankenhaus innerhalb von 20 Minuten erreichen? Ja Nein
- Möchten Sie ggfs. ambulant behandelt werden? Ja Nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin im Krankenhaus mit.

Bonn, den _____ Unterschrift: _____