



Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um genaue Beantwortung

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente? Ja 0 Nein 0

Haben sie eine Medikamentenallergie? Nein 0 ja 0 gegen _____

Leiden Sie an einer der unten aufgeführten Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Störungen	Ja 0	Nein 0
Bluthochdruck	Ja 0	Nein 0
Atemwegs-/ Lungenerkrankung	Ja 0	Nein 0
Lebererkrankung	Ja 0	Nein 0
Nierenerkrankung	Ja 0	Nein 0
Infektionskrankheiten	Ja 0	Nein 0
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Ja 0	Nein 0
Magen-Darm-Erkrankung	Ja 0	Nein 0
Rheumatischer Erkrankung	Ja 0	Nein 0
Neurologischer Erkrankung	Ja 0	Nein 0
Sonstige Erkrankung	Ja 0	Nein 0

Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert? Ja 0 Nein 0
Weshalb und wann? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja 0 Nein 0

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____
Körperteil/Organ: _____

Physiotherapie- Verordnung in den letzten 6 Monaten _____

Unterschrift _____