

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? ja nein ergänzende Angaben

Allergie	(welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	(Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	(welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung/	Einnahme von blutgerinnungshemmenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	(welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom	(erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatologische Erkrankungen	(Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herz-Kreislauf-Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler/-ersatz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	(erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonie	(niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	(Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunmangel-Syndrom	(AIDS-HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nierenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Niereninsuffizienz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osteoporose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose erhalten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebererkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen	(welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie z.Zt. in orthopädischer oder krankengymnastischer Behandlung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Anzahl pro Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ?	welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte auch Seite 1 ausfüllen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe