

## Patientenfragenbogen - **allgemein**

Name:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir möglichst viel Zeit für das Gespräch und die Untersuchung mit Ihnen haben, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.

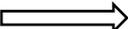
Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Ihre Größe? \_\_\_\_\_ cm Ihr Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

### Vorerkrankungen

	ja	nein		ja	nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung (KHK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- wenn ja: Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metformin/Glucophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien		
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- wenn ja: welche? _____		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostata/Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- wenn ja: welche? _____		

### Infektionen

	ja	nein		ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Corona/Covid 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige _____					
Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit MRSA festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten in stationärer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- wenn ja: Hatten Sie dabei Kontakt zu MRSA-Trägern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Treffen bei Ihnen folgende Risikofaktoren zu?					
- dauerhafte Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Dialysepflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Brandverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- offene Wunden, tiefe Weichteilentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

bitte wenden 

Welche **Voroperationen** wurden bei Ihnen durchgeführt?

<u>Jahr</u>		<u>Jahr</u>	

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Tragen Sie die Medikamente in die Tabelle ein.  
Sie können uns aber auch gerne Ihren **Medikamentenplan** geben!

<u>Name des Medikaments</u>	<u>Name des Medikaments</u>

Haben Sie innerhalb der letzten 10 Tage **blutverdünnende Medikamente** wie z.B. Aspirin (ASS), Thomapyrin, Marcumar, Eliquis oder ähnliche eingenommen?

nein  ja   $\implies$  welche: \_\_\_\_\_

Welchen **Beruf** üben Sie zur Zeit aus? \_\_\_\_\_

- Besteht Arbeitsunfähigkeit? ja  nein   
- Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja  nein

**Rauchen** Sie? ja  nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**