

Krankheit & Medikamente	Name	
Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünner z.B ASS, Eliquis, Xarelto?	<input type="checkbox"/> Ja Welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma oder andere Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja Welche? Medikamente:	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher? / Defibrillator (DCI) ?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperationen, wenn ja wann war der letzte Eingriff?	<input type="checkbox"/> Ja Wann? Medikament:	<input type="checkbox"/> Nein
Prothetische Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann? Medikament:	<input type="checkbox"/> Nein
Transplantierte Organe?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann? Medikament:	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja Welche? Medikament:	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja Wann war der letzte Anfall? Medikament:	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja Welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? Nehmen Sie sonstige Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_