Fragebogen_____Privatklinik Schloßstrasse

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ: Stadt:

Beruf: Tel.: E-Mail:

Weshalb kommen Sie zu uns:

Weshalb kommen Sie zu uns: ☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Privatklinik Schloßstrasse ☐ Check 24 PK Schloßstrasse

Hatten Sie Voroperationen? (welche, wann?)

Welche Nebenerkrankungen haben Sie? (Bitte füllen Sie vollständig und korrekt aus. Es dient Ihrer Sicherheit)

Herz: ○ ja ○ nein
(z.B. Infarkt, Herzschmerzen, Atemnot)

Gehirn: ○ ja ○ nein
(z.B. Schlaganfall, Durchblutungsstörungen)

Kreislauf: ○ ja ○ nein
(z.B. zu hoher/ niedriger Blutdruck)

Gefäße: ○ ja ○ nein
(z. B. Krampfadern, Thrombosen, Embolien)

Lunge/ Bronchien: ○ ja ○ nein
(z. B. Asthma, chronische Bronchitis)

Innere Organe: ○ ja ○ nein
(z. B. Leber, Nieren oder Prostata)

Verdauungsorgane: ○ ja ○ nein
(z. B. Erbrechen, Magengeschwür)

Gicht/ Blutfette: ○ ja ○ nein

Thrombosen: ○ ja ○ nein
(z. B. Thrombosen od. Gerinnungsstörungen)

Stoffwechsel: ○ ja ○ nein
(z. B. Gicht/Diabetes)

Schilddrüse ○ ja ○ nein
(z. B. über-/ Unterfunktion)

Knochen/ Gelenke: ○ ja ○ nein
(z. B. Bandscheiben, künstliche Gelenke)

Nerven/ Gemüt: ○ ja ○ nein
(z. B. Depression)

Augen: ○ ja ○ nein
(z. B. grüner/ grauer Star)

Blut: ○ ja ○ nein
(z. B. unklare blaue Flecken, Nasenbluten)

Allergien/ Unverträglichkeiten: ○ ja ○ nein
(z. B. Allergiepass)

Andere Erkrankungen: ○ ja ○ nein

Medikamente: ○ ja ○ nein

Sind Sie Schwanger: ○ ja ○ nein
Sind Sie Raucher: ○ ja ○ nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol: ○ ja ○ nein
Weitere Rauschmittel: ○ ja ○ nein

Hatten Sie oder Familienmitglieder bisher Fehlgeburten/Thrombosen? ○ ja ○ nein
Ist Ihre Familienplanung abgeschlossen? ○ ja ○ nein
Wann waren Sie zuletzt bei der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung?
Wie wurde die Brust untersucht? ☐ abgetastet ☐ Mammographie ☐ Ultraschall
Gab es dabei Auffälligkeiten? ○ ja, welche? ○ nein
Hatten Sie oder jemand in Ihrer Familie Brustkrebs? ○ ja ○ nein
Wie ist Ihr aktuelles Körpergewicht? kg
Dieses Körpergewicht ist stabil (mit 2-3 kg Schwankung)? ○ ca. 3 Monate ○ mehr als 3 Monate

Mir ist bekannt, dass die von mir gemachten Angaben lediglich zur Risikominimierung bei einer eventuellen geplanten Behandlung oder einem operativen Eingriff dienen sollen und streng vertraulich gehandhabt werden. Falls sich bis zum Behandlungsbeginn Neuerkrankung einstellen, werde ich diese vor Behandlungsbeginn dem Arzt mitteilen.

Datum: Unterschrift: