

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

**Medikamente:**

Haben Sie Allergien (Überempfindlichkeiten)?  
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

**Allergien:**

Haben Sie zu hohen Blutdruck?

Ja

Nein

Hatten Sie kürzlich eine Thrombose?

Ja

Nein

Haben Sie eine Herzerkrankung, einen Herzfehler oder Herzbeschwerden?

Ja

Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Ja

Nein

# Patientenfragebogen

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Leiden Sie unter Krampfanfällen (Epilepsie?)  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie eine Atemwegs- oder Lungenerkrankung (Asthma, Tuberkulose)?  Ja  Nein

Sind sie zuckerkrank (Diabetes)?  Ja  Nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen, eine verlängerte Blutung nach Verletzungen?  Ja  Nein

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutgerinnungsmittel?  Ja  Nein

Tragen Sie hier bitte Ihren aktuellen INR-Wert ein \_\_\_\_\_

Haben Sie ansteckende Krankheiten?  Ja  Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  Ja  Nein

Leiden Sie an einer Krankheit oder Beschwerden, die hier nicht aufgeführt sind? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

**Krankheiten,  
Beschwerden,  
(evtl. Operationen)**

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift