



Patientenfragebogen

Name, Vorname
geb.am:
FestnetzHandy.....
Hausarzt

Liebe Patientin, lieber Patient

Bitte beantworten Sie uns zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen. (ankreuzen, markieren)

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente wie ASS, Tyklid, Plavix Iscover, Clopidogrel, Efient, Heparinspritzen ja nein

Marcumar, Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

.....
Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung (z.B. Bluterkrankheit) bekannt? ja nein

Haben Sie Allergien / Überempfindlichkeiten (z.B. Medikamente, Pflaster, Latex, Sojaweiß, Hühnereiweiß, Sulfite)?

Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe? ja nein

Haben Sie eine Gelenkprothese oder einen Herzschrittmacher? ja nein

Wird bei Ihnen im Moment eine Chemo- oder Antikörpertherapie durchgeführt? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)? ja nein

Ist ein grüner Star (Glaukom) bekannt? ja nein

Verreisen Sie in den nächsten zwei Wochen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Vorerkrankungen:

Herzkranzgefäßerkrankung ja nein Bluthochdruck ja nein

Fettstoffwechselstörung ja nein Anfallsleiden ja nein

Blutzuckerkrankheit ja nein Asthma/COPD ja nein

Nierenerkrankung ja nein Herzschwäche ja nein

Herzinfarkt ja nein

Frühere Operationen ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter sehr stark ausgeprägter Stuhlverstopfung? ja nein

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? ja nein