

Neurochirurgie Dr. Michael Zimmermann

Liebe Patientin, lieber Patient,
 wir benötigen vor Behandlungsbeginn Auskünfte über ihre Krankheitsvorgeschichte und Ihren
 allgemeinen Gesundheitszustand. Sie sind wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.
 Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Körpergröße _____ (cm)

Gewicht _____ (kg)

Haben Sie Vorerkrankungen? **Ja** **Nein**

Bluthochdruck
 Magenerkrankung
 Tumorerkrankung
 Wenn ja, welche: _____

Nierenerkrankung
 Herzkrankheit
 Psychische Erkrankung
 Wenn ja, welche? _____

Fettstoffwechselstörung
 Gicht
 Rheuma
 Asthma
 Tuberkulose
 Diabetes
 Aids / HIV / MRSA
 Leberentzündung/Hepatitis
 Wenn ja, welches? _____

Anfallsleiden
 Suchterkrankungen

Sonstige Erkrankungen:
 Wenn ja, welche? _____

Ich besitze Impfschutz gegen:

Hepatitis A/B
 Tetanus, Diphtherie
 Covid 19

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein

Blutverdünner:

Marcumar
 ASS, Aspirin, Plavix
 Methadon
 Andere
 Wenn ja, welche und wie viel täglich: _____

Rauchen Sie? **Ja** **Nein**

 wenn ja, wie viel _____/täglich

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
 wenn ja, wie viel täglich?
 Bier Wein andere _____ Liter

Wann sind zuletzt Ihre Blutwerte bestimmt worden? _____

Allergien:

Besitzen Sie einen Allergiepass
 Penicillin
 Metalle
 Aspirin/ Acetylsalicylsäure
 sonstige: _____

Hatten Sie Voroperationen?
 Wenn ja, welche

Berufliche Tätigkeit:

Pflegegrad/ Grad der Behinderung:

Nur für Frauen:

Sind Sie schwanger?
 Nehmen Sie die Antibabypille?

Datum, Unterschrift

Bitte denken Sie daran, dass Sie alle Fragen zu Ihrer Sicherheit gewissenhaft beantwortet haben.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!