

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

Leiden Sie unter Platzangst??

Allergien:

Besitzen Sie einen Allergiepass ☐ ☐

Penicillin ☐ ☐

Metalle ☐ ☐

Aspirin/ Acetylsalicylsäure ☐ ☐

sonstige: _____

Hatten Sie Vorooperationen?

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!