



1. Hatten/ Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein
- b) Allergische Reaktionen  ja  nein  
Welche?: \_\_\_\_\_
- c) Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein  
Welche?: \_\_\_\_\_
- d) Blutdruck, ggf. Werte? \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  niedrig  normal  hoch
- e) Herzinfarkt/Herzklappenersatz  ja  nein
- f) Endocarditisprophylaxe notwendig?  ja  nein
- g) Schlaganfall  ja  nein
- h) Lähmungen  ja  nein
- i) Gelbsucht/ Hepatitis/ Leberkrankheiten  ja  nein
- j) HIV- Infektion  ja  nein
- k) Zuckerkrankheit  ja  nein
- l) Rheuma  ja  nein
- m) Bluterkrankung/ Blutgerinnungsstörung/Markumar  ja  nein
- n) Krampfleiden / Epilepsie  ja  nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
3. Erfolgten bereits Röntgen-/ andere bildgebende Untersuchungen?  ja  nein
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 
5. Rauchen Sie ?  ja  nein
6. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
7. Wurde bei Ihnen ein MRSA-Keim festgestellt?  ja  nein
8. Haben Sie jemals Bisphosphonate genommen ?  ja  nein
9. Sonstige Angaben anderer Krankheiten:  ja  nein

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und willige in die ausliegende Datenschutzerklärung ein.

---

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten