

Erfassungsbogen

Dieser Fragebogen ist von der Krankenkasse vorgeschrieben. Er ist auszufüllen und mit dem Arzt zu besprechen. Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft.



DR. SUSANNE
KOLBITSCH

1. Haben Sie elektronische Geräte, die Ihnen eingesetzt wurden, z.B. einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Geräte zur Schmerzbekämpfung, Geräte zur Parkinsonbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	PM
2. Hatten Sie jemals Epilepsie (Anfallsleiden)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	EPI
3. a) Haben Sie Metallteile im Körper (ausg. Zähne), z.B. Metallklipse nach endoskopischen oder anderen Operationen, Piercing, Granatsplitter, Schrauben oder Nägel nach Knochenbruch, künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ME
b) Haben Sie andere körperfremde Teile implantiert, z.B. Silikonimplantate in der Brust, künstliche Linsen im Auge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	KF
4. Sind Sie allergisch? Neigen Sie zu Ausschlägen? Trat eine allerg. Reaktion nach Kontakt mit Kälte oder Wärme auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ALL
5. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente, z.B. Marcoumar, Sintrom, Thromboass, Plavix, niedermolekulare Heparine, als Spritzen oder Tabletten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	GER
6. a) Hatten Sie eine Operation, z.B. Blinddarm, Mandeln oder Gallenblase, Leistenbruch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	OP
b) Hatten Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	CA
7. Sonstige Spitalsaufenthalte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	SPI
8. Litten Sie jemals unter erhöhtem Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	RR
9. Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	DM
10. a) Leiden Sie unter Schmerzen im Brustkorb?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	AP
b) Leiden Sie unter Kurzatmigkeit bei Anstrengungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	INS
11. Hatten Sie - einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	MCI
- einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	APO
- eine Venen-Thrombose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	TVT
- einen Lungeninfarkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	PI
12. Haben Sie eine chronische oder angeborene Erkrankung, z.B. chronische Polyarthritis, Leber-, Magen-, Nieren-, Bronchienerkrankung, Herzklappenfehler, Blutungskrankheit, Asthma, chron. Bronchitis, Schilddrüsenerkrankung, Depression, Panikattacken, sonstige seelische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	CHR
13. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	TH-KI
Haben Sie jemals ein Arzneimittel nicht vertragen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	MED-KI
14. (Bei Frauen) Sind Sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	SSW
15. Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit wie z.B. HIV, Hepatitis A-G, TBC, MRSA?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	SCHUT
16. Sind Sie innerhalb des letzten Monats im Spital gelegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	SPL
17. Hatten Sie Knochenbrüche, Wirbelbrüche oder andere Unfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	UNF
18. Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	LFDME
19. Haben Sie eine Arrhythmie (unregelm. Puls, Herzstolpern)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ARR