

Prof. Dr. Dr. med. Uwe Schrell, Facharzt für Neurochirurgie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon- oder Mobilnummer: _____

Adresse: _____

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus: _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Nein

Ja

Nehmen Sie Medikamente ein?

Schmerzmittel (Ibuprofen, Diclofenac, Tramal, Tilidin, Morphine)

Nein

Ja

gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin/ASS, Plavix)

Nein

Ja

wenn ja welche:

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen:

Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose (Tbc), HIV (Aids))

Nein

Ja

welche:

Herz-Kreislauf-System:

-Herzschmerzen (Angina pectoris)

Nein

Ja

-Herzinfarkt

Nein

Ja

-Herzfehler

Nein

Ja

-Herzrhythmusstörungen

Nein

Ja

-hoher Blutdruck

Nein

Ja

-Tragen Sie einen Herzschrittmacher od. eine künstliche Herzklappe

Nein

Ja

Gefäße:

-Krampfadern

Nein

Ja

-Durchblutungsstörungen

Nein

Ja

Lunge:

-Asthma

Nein

Ja

-chronische Bronchitis

Nein

Ja

Nerven:

-Lähmungen

Nein

Ja

-Depressionen

Nein

Ja

Nieren:

-Nierenentzündung, hohe Kreatininwerte, Dialyse

Nein

Ja

Stoffwechselerkrankungen:

-Zuckerkrankheit (Diabetes)

Nein

Ja

-Gicht

Nein

Ja

-Schilddrüsenerkrankung

Nein

Ja

Allergie:

-Latex

Nein

Ja

-Heuschnupfen, Asthma

Nein

Ja

-Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten

Nein

Ja

wenn ja welche:

-bitte wenden

Wurden Sie schon an der Bandscheibe operiert?

Nein Ja

wenn ja, wann und wo:

Haben Sie Platzangst?

Nein Ja

Für Frauen

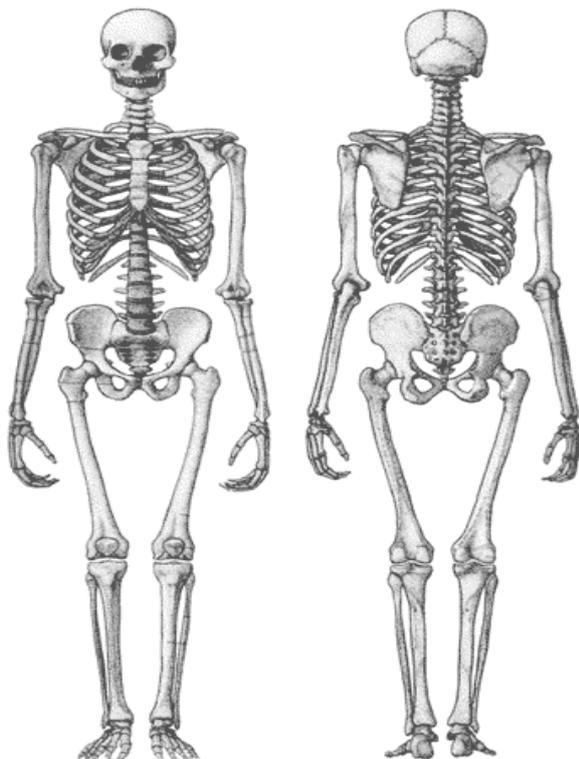
Sind Sie schwanger?

Nein Ja

Größe:

Gewicht:

Bitte tragen Sie anhand eines Kreuzes ein, wo Sie Schmerzen haben.



Wer ist Ihr Hausarzt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Bitte unterschreiben
Mundwerbung, Internet, Telefonbuch, Ärztezeitung, Arztempfehlung

Sind Sie:

verheiratet

ledig

geschieden

verwitwet

Haben Sie Kinder:

Nein Ja

Datum:

Unterschrift:
