

Name, Vorname der/des Versicherten First name, last name	Geboren am: Born

Englisch

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

Dear Patient,

In order to select the appropriate treatments and medical procedures for you, we ask that you answer the following questions regarding your medical history.

The information you provide will remain strictly confidential.

If you have any questions, feel free to ask me.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
Do/did you suffer from any of the following medical problems?

- | | Yes | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Allergie
<i>allergies</i> | | |
| 1.1 Antibiotikum/Penicillin
<i>Antibiotics / penicillin</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Latex
<i>latex</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Vinyl
<i>vinyl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Sonstige ...
<i>other</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Anfallsleiden (Epilepsie)
<i>Seizure disorder (epilepsy)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Atemwegserkrankungen
<i>Respiratory disease</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Blutgerinnungsstörung
<i>Blood clotting disorder</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Diabetes
<i>diabetes</i> | | |
| 5.1 juvenile I (Spritze)
<i>Juvenile I (injection)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Altersdiabetes II (Tabletten)
<i>Adult onset diabetes II (tablets)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Glaukom (erhöhter Augendruck)
<i>Glaucoma (elevated pressure in the eye)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Hämatologische Erkrankungen
<i>Blood diseases (hemophilia, anemia, etc)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Herz-Kreislauf-Erkrankung
<i>Cardiovascular disease</i> | | |
| 8.1 Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
<i>a weak heart / cardiac insufficiency</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris (Brustenge)
<i>Coronary heart disease / Angina</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 Herzinfarkt
<i>Heart attack / Cardiac infarction</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 Herzrhythmusstörungen
<i>Cardiac Arrhythmia</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 Herzschrittmacher
<i>Cardiac / heart pacemaker</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 Herzklappenfehler/-ersatz
<i>Heart valve defect / transplant</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
<i>Hypertension (high blood pressure)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck)
<i>Hypotension (low blood pressure)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.9 Mangeldurchblutung des Zentralen Nervensystems/ Schlaganfall
<i>Circulatory disorder of the central nervous system / stroke</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Initiiert vom:



Unterstützt von:












