

Befinden sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? _____

wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Ihr Hausarzt: _____

Welche Medikamente nehmen sie ein? _____

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Materialien / Medikamente wie z. B gegen Penicillin ?

Wenn ja, welche? _____

Besitzen sie einen Allergiepass / Medikamentenpass / Röntgenpass? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- hatten sie einen Herzinfarkt
- nehmen sie gerinnungshemmende Medikamente

sonstiges: _____

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen- Darmerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

sonstiges: _____

- epileptische Anfälle
- Krämpfe
- Blutungsneigung
- Blutungsarmut
- Hepatitis A / B / C
- Tuberkulose
- Atemwegserkrankung
- HIV /AIDS

sonstiges: _____

Rauchen sie, wenn ja, wie viel? _____

Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Unser modernes Röntgengerät gewährleistet eine möglichst geringe Strahlendosis!

Sind sie zurzeit schwanger, wenn ja, welcher Monat? _____

Datum

Unterschrift

-2-