

Zutreffendes bitte ankreuzen!		x	Ja	Nein	Unbekannt
1.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, insbesondere für Herz, Kreislauf, Blutdruck, Atmung, Diabetes, Blutgerinnung, Nieren, Rheuma, sowie Abführmittel oder Sonstiges?				
2.	Wie heißen diese Medikamente?				
3.	Haben Sie:				
	Herzbeschwerden oder eine Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Herzfehler)?				
	Atemnot beim Treppensteigen?				
	Atemnot nachts?				
	Beklemmungsgefühl?				
	Unregelmäßigen Puls?				
4.	Haben Sie zu hohem Blutdruck?				
5.	Haben Sie zu niedrigem Blutdruck?				
6.	Haben oder hatten Sie eine Lungenerkrankung?				
	Asthma?				
	Lungen-Tbc?				
7.	Sind oder waren Sie zuckerkrank?				
8.	Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?				
	Haben Sie oder hatten Sie eine Blutung nach Zahntfernung oder nach einer Verletzung?				
9.	Leiden Sie oder ein Familienmitglied an Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche?				
10.	Haben oder hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder (Lungen-) Embolie?				
11.	Hatten Sie allergische Reaktionen (Überempfindlichkeiten)?				
	Wenn ja: wogegen:				
12.	Haben oder hatten Sie ein Leberleiden (z.B. Gelbsucht)?				
13.	Haben oder hatten Sie Krampfanfälle oder Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Depression)?				
14.	Haben oder hatten Sie Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)?				
15.	Zählen Sie alle früheren Operationen auf:				
16.	Haben Sie oder einer Ihrer Verwandten jemals eine Narkose nicht vertragen?				
	Falls ja: welche Probleme traten hierbei auf?				
17.	Liegt eine Schwangerschaft vor?				
18.	Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?				
	Wenn ja: mit welchem Ergebnis?				
19.	Rauchen Sie?				
20.	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?				
21.	Führen Sie bitte sonstige, bisher nicht erwähnte Besonderheiten auf:				
Größe:		Gewicht:			
Ort:		Datum:			
Unterschrift (ggf. des Sorgeberechtigten):					