

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um bei Ihrer Behandlung individuelle Besonderheiten berücksichtigen zu können, bitte ich Sie, mir folgende Fragen zu Ihrer Person und Gesundheit zu beantworten:

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Asthma bronchiale:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	chronische Bronchitis:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Niereninsuffizienz:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Über-/Unterfunktion der Schilddrüse:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hepatitis:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Refluxerkrankung (Sodbrennen):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind bei Ihnen Allergien auf Medikamente bekannt? Nein Ja (welche?)

Hatten Sie schon Operationen von Hals, Nase oder Ohren? Nein Ja (welche?)

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Schwerhörigkeit festgestellt? Nein Ja

Leiden Sie unter einem störenden Schnarchen mit/ ohne Atemaussetzern? Nein Ja

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergietest (Haut- oder Bluttest) durchgeführt? Nein Ja

Falls ja, mit welchem Ergebnis (z.B. Baum-, Gräserpollen, Katze)? _____

Behandelnde/r Hausarzt/ -ärztin? _____

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Datum

Unterschrift