

Sind folgende Erkrankungen bekannt (bitte zutreffendes umkreisen)?

- | | | |
|---|------|----|
| • Herzerkrankung (Bypass-Op, Stents, Künstliche Herzklappe)..... | Nein | Ja |
| • Herzrhythmusstörungen (Defibrillator, Herzschrittmacher, Vorhofflimmern)... | Nein | Ja |
| • Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, chronische Bronchitis, Schlafapnoe).. | Nein | Ja |
| • Bluthochdruck..... | Nein | Ja |
| • Diabetes mellitus..... | Nein | Ja |
| • Niereninsuffizienz..... | Nein | Ja |
| • Schlaganfall..... | Nein | Ja |
| • Grüner Star (Glaukom) | Nein | Ja |
| • Ansteckende Krankheit (Hepatitis, HIV, Tbc, andere) | Nein | Ja |
| • Sonstige Erkrankungen: _____ | | |
| • Nur Frauen: eine Schwangerschaft ist möglich/liegt vor | Nein | Ja |

Allergien gegen Medikamente, Pflaster, Latex..... Nein Ja
wenn ja, welche: _____

gegen Erdnüsse, Soja-Produkte..... Nein Ja

Voroperationen im Bauchraum..... Nein Ja

wenn ja, welche (bitte umkreisen):

Blinddarm-Op, Gebärmutterentfernung, Gallenblasenentfernung, Leistenhernie, Kaiserschnitt,
Darmresektion _____, andere Bauch-OP _____

Blutungsneigung

Blutungsneigung bekannt (z.B. Nachblutungen bei Operationen)?..... Nein Ja

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (bitte umkreisen)?..... Nein Ja

ASS, Aspirin, Godamed, Plavix, Iscover, Clopidogrel, Marcumar, Falithrom, Rivaroxaban (Xarelto),
Dabigatran (Pradaxa), Apixaban (Eliquis), Edoxaban (Lixiana).

Schlafspritze

Ich möchte bei der Untersuchung schlafen

Ich möchte die Untersuchung wach durchführen lassen

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte falls vorhanden den Medikamentenplan bereithalten, ansonsten Medikamente unten eintragen:

Berlin, den _____ Unterschrift Patientin/Patient: _____