

# Medizinischer Fragebogen

## Allgemeine Informationen

Vor - und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wunschoperation: \_\_\_\_\_

## Medizinische Fragen

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

Hatten Sie je Probleme mit Narkosen?:

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Ja                    | Nein                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?:

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Ja                    | Nein                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hatten Sie frühere Operationen oder Krankenhausaufenthalte?:

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Ja                    | Nein                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Falls ja, welche Operation hatten Sie bereits?

\_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Erkrankungen?

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Ja                    | Nein                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

