

Erstinformationsblatt



zentrum für chirurgie & endoskopie

Priv. Doz. Dr. Brigitte Kovanyi-Holzer, FEBG
 Facharzt für Chirurgie

A-1100 Wien | Favoritenstrasse 111/Top 5
 Tel. +43 1 604 43 93 | Fax DW-99
 zentrum@chirurgie-favoriten.at
 www.chirurgie-favoriten.at

Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Versicherungsnummer: _____
 Telefonnummer: _____
 Adresse: _____
 Hausarzt: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Wie haben Sie zu uns gefunden?

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

	N	J	wenn ja welche....
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Durchblutungsstörungen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher/ Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zucker- oder Stoffwechselerkrankungen(Diabetes, Cholesterin, Schilddrüse etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungen- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen- Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber- Nieren Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen (Schlaganfall, Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochen- Gelenkserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metallimplantate(Hüfte, Schulter, Knie....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut und Geschlechtserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen/Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aktuelle Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hals- Nasen- Ohren Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
z.B. Marcoumar,Thrombo ASS, Aspirin, Sintron, Plavix,Clopidorel,Asasantin,Pradaxa, Lovenox, Fragmin,Eliquis, Brilique usw.			

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Allergien, Lebensmittel-, Medikamente-, Kontrastmittel-, Jod-, Soja usw.

Was Sie uns noch mitteilen möchten:

mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit ihrer Angaben.