

Bitte beantworten sie die folgenden Fragen sorgfältig.

1. Nehmen sie Medikamente ein? Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin), Blutdruckmittel, Beruhigungsmittel, Bisphosphonate, Schlafmittel, Drogen ?  
Sonstige Medikamente bitte angeben.

.....

2. Sind sie am Herz- Kreislaufsystem erkrankt? (z.B. hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappen)

.....

3. Sind sie Diabetiker (zuckerkrank)?

.....

4. Leiden sie unter Gerinnungsstörungen?

.....

5. Sind Allergien oder Unverträglichkeit von Medikamenten bekannt?

.....

6. Besteht eine Osteoporose ( Knochenentkalkung) ?

.....

7. Sind andere Erkrankungen bekannt ( z.B. Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis, etc.)

.....

8. Wurde bei ihnen eine Bestrahlung durchgeführt ?

.....

9. Für Frauen: sind sie schwanger ?

.....

10. Gab es bei einem operativen Eingriff bei ihnen schon einmal Komplikationen?

.....

11. Sonstiges

.....

..... **Bitte unterschreiben nicht vergessen!**  
Datum und Unterschrift des Patienten