



Behandlungsfragebogen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Beruf _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

E-Mail _____

Überweisender Arzt _____

Hausarzt _____

Ihre Versicherung gesetzlich: _____ privat: _____

Zusatzversicherung für chefärztliche
Krankenhausbehandlung: _____

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? nein ja - Welche?

(z.B. Herzleiden, Lungenerkrankungen, Blutdruck, Schilddrüse, HIV, Hepatitis usw.)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja - Welche?

Blutverdünner ASS Marcumar Plavix sonstige: _____

Herzmedikamente _____

Blutdruckmedikamente _____

Diabetes Insulin Metformin sonstige: _____

Schilddrüse Jod L-Thyroxin sonstige: _____

Sonstiges: _____



Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja - Welche?

- Antibiotika: _____
- Pflaster: _____
- Kontrastmittel: _____
- Sonstige: _____

Wurden Sie bereits operiert? nein ja – Welche?

- Mandeloperation „Polypentfernung“ (Rachenmandelentfernung)
- Paukenröhren Mittelohroperationen
- Nasenoperationen Nasennebenhöhlen
- Rhinoplastik plastische Operationen
- Kehlkopf-Operationen Halslymphknoten Entfernung
- Schilddrüse OP Speicheldrüsen OP
- Sonstige: _____

Welche Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?

Rauchen Sie? ja, wie viel/Tag: _____ nicht mehr seit: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja, wie viel: _____ nicht mehr seit: _____

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate außerhalb von Europa? ja, in _____

Wie groß sind Sie: _____ cm Wieviel wiegen Sie: _____ kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein zu ab

Leiden Sie unter einer Schlafstörung?

Schnarchen Sie? ja nein

Liegen Atempausen (Apnoen) bei Ihnen vor? ja nein

Sollten Sie Fragen zur Beantwortung haben, unterstützt Sie unser Praxisteam gerne schon vor dem Arztgespräch.



S-Med OP-Zentrum

Datum: _____

Unterschrift: _____