



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

☐ Paukenröhrchen

☐ Nasenoperationen

☐ Rhinoplastik

☐ Kehlkopf-Operationen

☐ Schilddrüse OP

☐ Sonstige: _____

☐ „Polypentfernung“ (Rachenmandelentfernung)

☐ Mittelohroperationen

☐ Nasennebenhöhlen

☐ plastische Operationen

☐ Halslymphknoten Entfernung

☐ Speicheldrüsen OP

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: _____