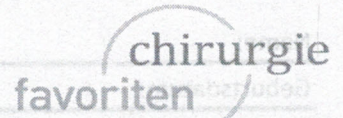


Erstinformationsblatt



zentrum für chirurgie & endoskopie
ästhetische medizin

Priv. Doz. Dr.
Brigitte Kovanyi-Holzer, FFB
Fachärztin für Chirurgie

A-1100 Wien | Favoritenstrasse 111/Top 5
Tel: +43-1-604 40 93 | Fax DW-99
zentrum@chirurgie-favoriten.at
www.chirurgie-favoriten.at

Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Versicherungsnummer: _____ / Tel.: _____
 Adresse: _____
 Hausarzt: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

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- Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Metallimplantate(Hüfte, Schulter, Knie....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haut und Geschlechterkrankungen | <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, Clopidogrel, 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.

Damit wir auch weiterhin Ihre Befunde (Labor, Röntgen, div. Fachärzte, praktischer Arzt) elektronisch übermittelt bekommen und übermitteln können, benötigen wir aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung Ihr Einverständnis. Die Daten werden auf unserem Server gespeichert und vertraulich behandelt.

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis