



Name, Vorname

Klinik für Neurochirurgie
Priv. Doz. Dr. med. Martin Barth

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
als Vorbereitung auf die anstehende Untersuchung möchten wir Sie bitten, die unten folgenden Fragen möglichst sorgfältig zu beantworten. Dieser Fragebogen ersetzt nicht das Gespräch mit uns, hilft aber, uns ein umfassendes Gesamtbild von Ihnen zu machen und alle wichtigen Informationen zu erfassen. Sollten Ihnen einige Fragen unklar erscheinen, so können Sie diese später gerne mit uns besprechen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Untersuchungsdatum: _____
Ihre Größe?: _____ **Ihr Gewicht?:** _____

I. Fragen zu Ihren Vorerkrankungen:

	Ja	Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzter Herz-Untersuchungstermin am _____		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostata/Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metformin/Glucoophage o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: _____		
Tumor/Geschwulsterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: _____		

	Ja	Nein
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. Häufiges Nasenbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Häufig blaue Flecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Gelenkseinblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Langes Bluten Schnittwunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Langes Bluten Zahnextraktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Langes Bluten nach OP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gestörte Wundheilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blutungsneigung Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor/Geschwulsterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis / Leberentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		

bitte wenden

II. Fragen zum Infektions-Screening:

Waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär (KH, Pflege etc., auch Ausland)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie eine chronische Wunde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits eine MRSA-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Dauerkatheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie/Ihre Familie von einem ambulanten Pflegedienst betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Dialyeshunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekamen Sie innerhalb der letzten 6 Monate Antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie beruflich Kontakt zu Nutztieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Fragen zu Ihren Voroperationen:

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

1. _____ Jahr: _____

2. _____ Jahr: _____

3. _____ Jahr: _____

IV. Fragen zu Ihren Medikamenten (einschließlich Schmerzmedikamente):

Name des Medikaments	Einnahme			Bei Bedarf
	Morgens	Mittags	Abends	

Haben Sie innerhalb der letzten 10 Tage **blutverdünnende Medikamente** wie z. B. Aspirin, ASS, Thomapyrin oder Marcumar eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie **Kortison** ein? Ja Nein

V. Fragen zu Ihrem Beruf:

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus? _____

Arbeitsunfähig? Ja Nein Seit wann? _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? Ja Nein

VI. Rauchen Sie?

Ja Nein

Bei Ja: Anzahl pro Tag: _____ Anzahl an Jahren: _____