



Astrid Schareina
 Fachärztin für Innere Medizin – Allergologie
Dr. Christina Lind-Weiland
 Fachärztin für Innere Medizin - Akupunktur

Lindenthalgürtel 36
 50935 Köln (Lindenthal)
 Fon 0221 – 40 77 13
 Fax 0221 – 943 53 68
 praxis@praxisschareina-lind.de

| | | | |
|---|------|-----------|-------------|
| Name: | | Vorname: | |
| Straße: | | PLZ, Ort: | |
| Geburtsdatum: | Tel. | Handy: | |
| E-Mail: | | Datum: | |
| Krankenkasse: | | Hausarzt: | |
| Waren Sie schon einmal ernsthaft erkrankt oder leiden Sie an chronischen Erkrankungen? | | | |
| Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | | | |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche? | | | |
| Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Medikamente? Wenn ja, auf welche? | | | |
| Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? | | | Ja |
| Hatten Sie schon einmal eine tiefe Venenthrombose oder sogar eine Lungenembolie? | | | Nein |
| Wurde in diesem Zusammenhang ihr Blut auf Thromboseneigung untersucht? | | | Ja |
| Sind Sie schon einmal stationär behandelt worden? Wenn ja, warum? | | | Nein |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Operation durchgeführt? Wenn ja, warum? | | | |
| Gab es Schwierigkeiten bei der Narkose? | | | Ja |
| | | | Nein |

Zur weiteren Bestimmung Ihres persönlichen Risikoprofils ist es hilfreich, wenn Sie noch folgende Fragen beantworten:

Gibt es in Ihrer Familie gehäuft folgende Erkrankungen:

| | |
|--|----------------------|
| 1. Krebserkrankungen? Wenn ja welche, in welchem Alter aufgetreten? | |
| 2. Herzkreislaufkrankheiten? (z.B. ausgeprägte frühzeitige Arteriosklerose, Schlaganfall, Herzkranzgefäßverengung, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen...) | |
| 3. Stoffwechselerkrankungen? (z. B. Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, metabolisches Syndrom) | |
| 4. Gemütskrankheiten? (z. B. Depressionen) | |
| 5. Andere seltene Erbkrankheiten? (z. B. familiäres Mittelmeerfieber, familiäre zystische Nierenerkrankungen?) | |
| Wie groß sind Sie? | Wie schwer sind Sie? |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? | |

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie über Befunde per E-Mail oder SMS benachrichtigen?

Datum, Ort

Unterschrift