

MedEsthe

ANGABEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND

Personalien:

Name und Vorname:		Geburtsdatum: / /	
Adresse:		PLZ/Ort:	
Tel. Nr:	Mobil:	E-mail:	
Gewicht: kg		Größe:	cm

Hatten sie Vorerkrankungen oder befinden sie sich aktuell in Behandlung (eventuell präzisieren):

1. Hohen Blutdruck (Hypertonie)?	Nein	Ja
2. Herzinfarkt oder Herzerkrankung?	Nein	Ja
3. Herzrhythmusstörungen?	Nein	Ja
4. Lungenerkrankung (Asthma)?	Nein	Ja
5. Chronische Leberentzündung (Hepatitis A.B.C)?	Nein	Ja
6. Chronische Nierenentzündung?	Nein	Ja
7. Magengeschwüre?	Nein	Ja
8. Bauchnabel, Bauchwand oder Leistenbruch?	Nein	Ja
9. Diabetes (Zuckerkrankheit)?	Nein	Ja
10. Erhöhte oder niedrige Funktion der Schilddrüse?	Nein	Ja
11. Erhöhte Blutungsneigung oder Bildung der Blauflecken?	Nein	Ja
12. Entzündete oder verschlossene Beinadem, bzw. Krampfadern?	Nein	Ja
13. Gelenks- bzw. Wirbelsäuleprobleme (Entzündung, Arthrose, Unfallfolgen)?	Nein	Ja
14. Wiederholte bzw. chronische Infektionen?	Nein	Ja
15. Epilepsie (Krampfanfälle)?	Nein	Ja
16. Migräne?	Nein	Ja
17. Psychische Erkrankungen?	Nein	Ja
18. Allergische Reaktion auf Medikamente?	Nein	Ja
19. Sonstige Allergien (Daunen, Lebensmittel, Blütenstaub etc.)?	Nein	Ja

20. Hatten Sie bereits einen schweren Unfall mit Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
21. Sind Sie bereits operiert worden (inkl. plastisch-chirurgische Eingriffe)? Welche Operationen? Wann? Gab es dabei Komplikationen? Im welchen Standort (beim welchen Arzt)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
22. Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) an maligne Hyperthermie (MH)? - eine lebensbedrohliche Erkrankung, die in den meisten Fällen als Komplikation einer Narkose in Erscheinung tritt.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
23. Leiden Sie an sonstige schwere Krankheiten (wie AIDS oder andere Infektionserkrankungen)? Wenn ja, an welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
24. Haben Sie sonstige Gesundheitsbeschwerden? Wenn ja, welche? (bzw. Erkältung, Husten, Schnupfen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
25. Nehmen Sie langfristig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
26. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
27. Tragen Sie Zahnprothese? Haben Sie lockere Zähne? Haben Sie Zahnimplantate - oder Zahnkronen? Haben Sie beschädigtes Gebiss? Kiefersperre? Wenn ja, bitte, beschreiben Sie es genau:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
28. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 6 Monaten verändert? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
29. Trinken Sie Alkohol? Wie oft? Eine Menge?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
30. Trinken Sie Kaffee? Wie viele Tassen pro Tag?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
31. Nehmen Sie Drogen? welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
32. Rauchen Sie? Falls ja: wie viel - seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
33. Welchen Beruf üben Sie aus? Art der Beschäftigung (Körper oder Geistesarbeit, leicht, schwer u.ä.)?		
34. Hatten Sie in der Vergangenheit Schwierigkeiten nach der Anästhesie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
35. Haben Sie Krebs in der Familie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
36. Leiden Sie an einer Erkrankung der Blutgefäße oder des Herzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
37. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
38. Leiden Sie an einer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
39. Haben Sie Rheuma?		
40. Bluten Sie stark nach	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

41. Leiden Sie an einer Magendarmmerkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
42. Verhüten Sie mit Hormonen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
43. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Zahn-OP wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
44. Nehmen Sie nachfolgende Medikamente zu		
Medikamente für die Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Antibiotika?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Cortison?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
NSAID?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Isotretinoin?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Medikamente gegen Herpes?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
45. Stehen Sie unter ärztlicher Kontrolle? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

46. Waren Sie schon mal im Krankenhaus? Wenn ja, Nennen Sie den Grund, das Jahr und die Aufenthaltsdauer.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	
	
	
	

47. Sind Ihnen Familienkrankheiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, bitte nennen Sie uns diese.	
	
	

Der Klient / die Klientin stimmt zu und nimmt zur Kenntnis, dass vom Verlauf der Konsultation mit dem Arzt eine audio Aufzeichnung angefertigt wird, die von der Gesellschaft BRANDEIS CLINIC s.r.o. in Einklang mit dem Gesetz Nr. 101/2000 GBl., über den Schutz personenbezogener Daten, archiviert wird, und im Sinne von § 5 Abs. 2 erteilt er / sie der Gesellschaft BRANDEIS CLINIC s.r.o. die Zustimmung zur Sammlung personenbezogener Daten zwecks der Archivierung der audiovisuellen Aufzeichnung, die zur künftigen Überprüfung des Verlaufs der Konsultation mit dem Arzt bestimmt ist.

Informationen ausschliesslich für frauen:

Während einer Schwangerschaft ist es nicht möglich, die plastische Operation durchzuführen. Mit der Unterschrift dieses Dokumentes erklären Sie, dass sie nicht schwanger sind. Falls Sie sich nicht ganz sicher sind, ist es notwendig, ein Schwangerschaftstest machen zu lassen, eventuell den Frauenarzt aufsuchen. Während der Menstruation und dicht vor der Menstruation kann die Blutgerinnung negativ beeinflusst werden - es wird empfohlen, die Operation zu einem anderen Termin zu planen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich alle o.a. Fragen verstanden und Wahrheitsgemäss beantwortet habe. Mir ist es vollkommen bewusst, dass ohne voroperative Untersuchung die Durchführung der Operation nicht möglich ist und bin mit der Durchführung dieser Untersuchungen völlig einverstanden (z.B. Blut - bzw). Urinuntersuchung, EKG und evtl. weitere, vom - Arzt angeordnete Untersuchungen).

. Ort/Datum

Unterschrift