

# Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis - Praxisklinik

G. Gerhart - K. Kreuzpaintner - A. Spohr

Schießstattweg 60, 94036 Passau

Liebe Patienten!

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, um die möglichst vollständige Beantwortung folgender Fragen:

1. Name, Vorname: ..... Geb.-Datum:.....  
Anschrift:.....  
Beruf:.....arbeitsunfähig seit?:.....  
Telefon privat:.....Telefon beruflich:.....

2. Name/Anschrift des Hausarztes und des derzeit behandelnden Facharztes?

3. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? (z. B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, o. ä.?)

Nein  Ja  Wenn ja, welche?

4. Sind Allergien bekannt?

Nein  Ja  Wenn ja, welche?

5. Leiden Sie an Störungen der Gerinnbarkeit des Blutes? Nein  Ja

6. Sind in Ihrer Familie erbliche Erkrankungen bekannt? Nein  Ja  Wenn ja, welche?

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Insbesondere auch zur Blutverdünnung

(z. B. Marcumar, Aspirin, ...).

Nein  Ja  Wenn ja, welche?

8. Welche Schmerzmittel nehmen Sie derzeit ein?

9. Regelmäßiger Alkoholkonsum (was, wie häufig)?

10. Regelmäßiger Nikotinkonsum (was, wie viel)?

11. Voroperationen (was, wann, wo)?

12. Körpergröße / Gewicht

Zur Komplettierung Ihrer Daten ersuchen wir Sie auch um Beantwortung folgender fragen:

1. Krankenkasse/-versicherung .....
2. Stationäre Zusatzversicherung (Arztwahl, Zweibettzimmer etc.).....
3. Selbstversichert, Ehegatte, Kind, sonstige Angehörige .....

D A N K E