

Bitte füllen Sie die Seite vor dem ersten Besuch so vollständig wie möglich aus!

Erkrankungen / Operationen (chronologisch):

Keine

Dat.: _____ Dat.: _____

Dat.: _____ Dat.: _____

Unfälle (chronologisch):

Keine

Dat.: _____ Dat.: _____

Dat.: _____ Dat.: _____

Implantate / Prothesen:

Keine

Dat.: _____ Region.: _____ Dat.: _____ Region.: _____

Dat.: _____ Region.: _____ Dat.: _____ Region.: _____

Medikamente:

Cortison / Prednisolon *AK Chemotherapie

Risikofaktoren:

- Osteoporose onkolog. Erkrankung *Dm. Lähmungserscheinungen Fieber
- ungewollter Gewichtsverlust ungewöhnliche starke nächtliche Schmerzen
- neurologische Erkrankung Schluckstörungen Doppelbilder Sprachstörung
- pulsierende Ohrgeräusche

Wann wurde(n) die letzte(n) bildgebene(n) Maßnahme(n), wie: Röntgen, *MRT, *CT oder ähnliches durchgeführt?

Dat.: _____ Dat.: _____ Dat.: _____
