



**Bisherige Therapien:**

(z.B. Chemotherapie , antihormonelle Behandlung, Bestrahlung etc.)

Behandlung	behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Seit wann?

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

**Zusätzliche Angaben**

Allergien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Diabetes (Welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Metallische Implantate (Port, Schrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/in