

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit.

Gentile paziente!

La preghiamo di compilare questo questionario in modo completo e preciso e di portarlo al primo appuntamento.

Sottolinei la risposta: Ja = Sì, nein = No.

1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation? ja nein

Welche und wann?

Ha subito un intervento chirurgico oltre a quello di appendice e tonsille? Quale e quando?

.....
.....
.....

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein

Welche und wann oder seit wann?

Ha avuto o ha una malattia tumorale? Quale e quando oppure da quando?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Wann?

Ha avuto un infarto cardiaco? Quando?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein

Wann?

Ha avuto un ictus? Quando?

.....

5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt? Ja nein

Welches und wann?

Ha avuto una trombosi o un infarto polmonare? Quale e quando?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein

Seit wann?

Soffre di pressione alta? Da quando?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein

Seit wann?

Ha il diabete? Da quando?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein

Seit wann?

Soffre di asma? Da quando?

.....

9. Leiden Sie an einer chronischen oder angeborenen Erkrankung? z.B. Herz-, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren- Hauterkrankung, Blutungskrankheit, chronische Polyarthritis, seelische Erkrankung Welche und seit wann?	Ja	nein
---	----	------

Soffre di una malattia cronica o congenita?

**Ad es. malattie del cuore, fegato, stomaco, intestino, reni o pelle,
malattia emorragica, poliartrite cronica, malattia psichica.**

Quale e da quando?

.....

.....

.....

10. Haben Sie Metallteile im Körper? z.B. Klammern nach Gallen- oder Herz-OP, künstliche Gelenke, Nägel oder Schrauben nach Knochenbruch, Metallsplitter, Spirale, Zahnimplantate Welche und wo?	ja	nein
--	----	------

**Ha parti metalliche nel corpo? Ad es. clip dopo interventi alla cistifellea o al cuore, articolazioni artificiali,
chiodi o viti dopo fratture ossee, schegge metalliche, spirale,
impianti dentali. Quali e dove?**

.....

.....

11. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes elektronisches Gerät (Defibrillator, Nervenstimulator, Tiefenhirnstimulation) Welches? Seit wann?	ja	nein
---	----	------

Ha un pacemaker o un altro dispositivo elettronico impiantato?

(Defibrillatore, neurostimolatore, stimolazione cerebrale profonda)

Quale? Da quando?

.....

12. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente (auch Spritzen und Infusionen)? Welche?	ja	nein
---	----	------

Assume farmaci in modo continuativo o temporaneo (anche iniezioni e infusioni)?

Quali?

.....

.....

.....

13. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente? z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder Spritzen? Welches?	Ja	nein
---	----	------

Assume farmaci anticoagulanti (fluidificanti del sangue)?

Ad es. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa o iniezioni?

Quale?

.....

14. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie Hepatits B, C, Tuberkulose, HIV, MRSA? Ja nein
Welche und wann/seit wann?

Soffre o ha sofferto di una malattia infettiva come epatite B, C, tubercolosi, HIV, MRSA? Quale e quando/da quando?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?
Ha allergie note? È soggetto/a a eruzioni cutanee? Quali?

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?
Ha mai avuto epilessia (convulsioni)?
Da quando? Quando l'ultima volta?

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?
Ha mai tollerato male una terapia fisica o avuto problemi dopo il trattamento?
Quale?

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Per le donne: È incinta?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?
Le è stata diagnosticata l'osteoporosi?
Assume farmaci per questo e quali?

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?
Ha avuto fratture ossee? Quali, quando e dove?

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Soffre di vene varicose?

NameGeburtsdatum.....
Nome e cognome Data di nascita

Datum.....Unterschrift.....
Data Firma