

Liebe Patientin! Lieber Patient!

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

Vážená pacientka! Vážený pacient!

Prosíme, vyplňte tento dotazník úplne a presne a prineste ho so sebou na prvé vyšetrenie.

Podčiarknite svoju odpoveď: Ja = Áno, nein = Nie.

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

Mali ste okrem operácie slepého čreva a mandlí aj inú operáciu? Akú a kedy?

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

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein
Welche und wann oder seit wann?

Mali ste alebo máte nádorové ochorenie? Aké a kedy alebo odkedy?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

Mali ste infarkt? Kedy?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

Mali ste mozgovú príhodu? Kedy?

.....

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

Mali ste trombózu alebo pľúcny infarkt? Čo presne a kedy?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein
Seit wann?

Trpíte vysokým krvným tlakom? Odkedy?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

Máte cukrovku? Odkedy?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein
Seit wann?

Trpíte astmou? Odkedy?

.....

- | | | |
|---|----|------|
| 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 |
|---|----|------|

Trpíte chronickým alebo vrodeným ochorením?

Napr. ochorením srdca, pečene, žalúdka, čriev, obličiek alebo kože,
krvácavým ochorením, chronickou polyartritídou, duševným ochorením.
Akým a odkedy?

.....

.....

.....

- | | | |
|--|----|------|
| 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 |
|--|----|------|

Máte v tele kovové časti? Napr. svorky po operácii žľčníka alebo srdca, umelé kĺby,
klince alebo skrutky po zlomenine, kovové úlomky, vnútromaternicové teliesko,
zubné implantáty. Aké a kde?

.....

.....

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

Máte kardiostimulátor alebo iné implantované elektronické zariadenie?
(Defibrilátor, nervový stimulátor, hlboká mozgová stimulácia)

Aké? Odkedy?

.....

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

Užívate trvalo alebo dočasne lieky (vrátane injekcií a infúzií)?
Aké?

.....

.....

.....

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

Užívate lieky na zníženie zrážanlivosti krvi (na riedenie krvi)?

Napr. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa alebo injekcie?
Aké?

.....

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

Trpíte alebo ste trpeli infekčným ochorením, napr. hepatitídou B, C, tuberkulózou, HIV, MRSA? Akým a kedy/odkedy?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?
Máte známe alergie? Máte sklon k vyrážkam? Aké?

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?
Mali ste niekedy epilepsiu (záchvaty)?
Odkedy? Kedy naposledy?

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?
Znášali ste niekedy fyzikálnu terapiu zle alebo ste po nej mali problémy?
Akú?

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Pre ženy: Ste tehotná?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?
Máte diagnostikovanú osteoporózu?
Užívate na ňu lieky a aké?

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?
Mali ste zlomeniny kostí? Aké, kedy a kde?

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Trpíte kŕčovými žilami?

NameGeburtsdatum.....
Meno a priezvisko Dátum narodenia

Datum.....Unterschrift.....
Dátum Podpis