

Liebe Patientin! Lieber Patient!

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

¡Estimada paciente! ¡Estimado paciente!

Por favor, complete este cuestionario de forma íntegra y precisa y tráigalo a su primera cita.

Subraye su respuesta: Ja = Sí, nein = No.

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

¿Ha tenido alguna operación aparte de la de apéndice y amígdalas? ¿Cuál y cuándo?

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

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

¿Ha tenido o tiene una enfermedad cancerosa? ¿Cuál y cuándo o desde cuándo?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

¿Ha sufrido un infarto de corazón? ¿Cuándo?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

¿Ha sufrido un accidente cerebrovascular? ¿Cuándo?

.....

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

¿Ha tenido una trombosis o un infarto pulmonar? ¿Cuál y cuándo?

.....

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

¿Padece hipertensión arterial? ¿Desde cuándo?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

¿Tiene diabetes? ¿Desde cuándo?

.....

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

¿Padece asma? ¿Desde cuándo?

.....

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
---	----	------

¿Padece alguna enfermedad crónica o congénita?

P. ej., enfermedad del corazón, hígado, estómago, intestino, riñón o piel,
trastorno hemorrágico, poliartritis crónica, enfermedad psíquica.

¿Cuál y desde cuándo?

.....

.....

.....

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
--	----	------

¿Tiene piezas metálicas en el cuerpo? P. ej., grapas tras una operación de vesícula o corazón,
articulaciones artificiales, clavos o tornillos tras una fractura, fragmentos metálicos, DIU,
implantes dentales. ¿Cuáles y dónde?

.....

.....

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

¿Tiene un marcapasos u otro dispositivo electrónico implantado?

(Desfibrilador, neuroestimulador, estimulación cerebral profunda)

¿Cuál? ¿Desde cuándo?

.....

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

¿Toma medicamentos de forma permanente o temporal (incluidas inyecciones e infusiones)?

¿Cuáles?

.....

.....

.....

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

¿Toma medicamentos anticoagulantes (para diluir la sangre)?

P. ej., Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa o inyecciones?

¿Cuál?

.....

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

¿Padece o ha padecido una enfermedad infecciosa como hepatitis B, C, tuberculosis, HIV, MRSA? ¿Cuál y cuándo/desde cuándo?

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?
¿Tiene alergias conocidas? ¿Tiene tendencia a sufrir erupciones cutáneas? ¿Cuáles?

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?
¿Ha tenido alguna vez epilepsia (convulsiones)?
¿Desde cuándo? ¿Cuándo fue la última vez?

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?
¿Alguna vez ha tolerado mal una terapia física o ha tenido problemas después de ella?
¿Cuál?

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Para mujeres: ¿Está embarazada?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?
¿Se le ha diagnosticado osteoporosis?
¿Toma medicamentos para ella y cuáles?

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?
¿Ha sufrido fracturas óseas? ¿Cuáles, cuándo y dónde?

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
¿Padece varices?

NameGeburtsdatum.....
Nombre y apellidos Fecha de nacimiento

Datum.....Unterschrift.....
Fecha Firma