Medizinisches Versorgungszentrum
Chirurgie
St. Elisabeth Neuwied
Friedrich-Ebert-Straße 59
56564 Neuwied
Tel. 02631-822220

Patientenbogen

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____
Aktuelle Telefonnummer: _____

Herzlich willkommen in der chirurgischen Praxis des MVZ – St. Elisabeth

Um Ihnen eine bestmögliche Behandlung zu bieten, bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen.

Bei welchen **Hausarzt/Allgemeinarzt** sind Sie in Behandlung?

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt ? ☐ ja ☐ nein
wenn **ja**, welche ?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein ? ☐ ja ☐ nein
wenn **ja**, welche ?

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein ? ☐ ja ☐ nein
(z. B. Marcumar, ASS, Aspirin, Godamed, Plavix o. ä.

Sind bei Ihnen **Operationen** durchgeführt worden ☐ ja ☐ nein
wenn **ja**, welche ?

Sind Sie Raucher? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie berufstätig? ☐ ja ☐ nein
(wenn **ja** – bitte genaue Bezeichnung)

Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen ?

Diabetes (Zuckererkrankung)..... ☐ ja ☐ nein

Herzbeschwerden/Herzinfarkt..... ☐ ja ☐ nein

Bluthochdruck..... ☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankungen..... ☐ ja ☐ nein

Thrombosen oder Embolien..... ☐ ja ☐ nein

Rücken- oder Bandscheibenerkrankungen..... ☐ ja ☐ nein

Lungenerkrankungen..... ☐ ja ☐ nein

Nierensteine..... ☐ ja ☐ nein

Wurde bei Ihnen jemals eine **Dickdarmspiegelung**..... ☐ ja ☐ nein
gemacht ?

Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihr chirurgisches Praxisteam des MVZ – St. Elisabeth