

Lieber Patient!

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen im Interesse einer komplikationslosen und sicheren Behandlung. **Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben sind zur Durchführung der Behandlung notwendig.**

Name Patient

Vorname Patient

Geburtstag

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

Bitte beantworten

Lungenemphysem

Ja Nein

COPD (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen)

Ja Nein

Pneumothorax

Ja Nein

Epilepsie

Ja Nein

Multiple Sklerose

Ja Nein

Erschwerte Nasenatmung

Ja Nein

Nasennebenhöhlen- Stirnhöhlenentzündung

Ja Nein

Drogen- oder Alkoholabusus

Ja Nein

Otitis Media (Mittelohrentzündung)

Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen | Operationen durchgeführt?

Bitte beantworten

Augenoperation mit Gas (weniger als 3 Monate her)

Ja Nein

Bleomycin-Therapie (weniger als 1 Woche her)

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Bitte beantworten

Psychopharmaka

Ja Nein

Schlafmittel

Ja Nein

Allgemeine Fragen

Bitte beantworten

Aktuelles Gewicht

_____ Kg

Größe

_____ cm

Für Patientinnen

Bitte beantworten

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche und in welchem Trimester

_____ . Woche | _____ . Trimester

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Information wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum / Unterschrift