



Medizinische Geschichte

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Medikamente mit Dosierung incl. Blutgerinnungsmittel

Chronische Erkrankungen

Krebs (gehabt? was genau?)

HNO-Bereich:

Psyche (Diagnose?)

Hoher Blutdruck

Zuckerkrankheit (Insulin?)

Sonst:

Herzerkrankung / Stents / Bypässe

Anfallsleiden

Schwangerschaft (ggf. Monat oder Woche) / Stillzeit aktuell

OPs bisher, HNO und allgemein, Trauma (schwerere Unfälle?)

Allergie (Heuschnupfen, Hausstaubmilbe, Medikamente, Asthma, ...?)

Nikotin:

Sonstige Genussmittel oder Drogen?

Alkohol:

Datum und Unterschrift: