



12. Vorerkrankungen:

<b>Operationen:</b>	Jahr	<b>Sonstige Erkrankungen</b> (z.B. Hepatitis, Herz, Kreislauf, Diabetes, Schilddrüse, Lunge, Haut):	Jahr

13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein Wenn ja, **Medikamentenplan** (inkl. Dosierung) beilegen.

<b>Blutgerinnungshemmende Dauermedikation</b>			<b>Dosierung</b>	<b>Seit wann?</b>	
Marcumar®, Coumadin®, Pradaxa® o. ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
ASS / Aspirin®, Godamed® o. ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Clopidogrel / Plavix®, Xarelto® o.ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
<b>Metformin</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Letzte Einnahme:</b> _____		<b>Dosierung:</b> _____	
<b>Sonstige Medikamente</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Sonstige Medikamente</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Sonstige Medikamente</b>	<b>Dosierung</b>

Wir, Ihr Krankenhaus-Team, bedanken uns für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt. Bitte nehmen Sie sich für Ihren Termin genügend Zeit mit.

Datum: \_\_\_\_\_ Ihre Unterschrift: \_\_\_\_\_