



# OP-Patientenfragebogen

Dokument

9.1.1 (1)

**Name:**

**Vorname:**

**Telefonnummer:**

**Geboren am:**

**Krankenversicherung:**

Besteht eine **Zusatzversicherung** für Krankenhausbehandlungen ?

0 nein

0 ja, bei folgender Versicherung

.....

Welche **Erkrankungen** sind bei Ihnen/bei Ihrem Kind bekannt ?

.....

.....

.....

.....

Welche **Operationen** wurden bisher vorgenommen und wann ?

.....

.....

.....

.....

Welche **Medikamente** werden regelmäßig oder gelegentlich eingenommen ?

.....

.....

.....

Bestehen Hinweise für stärkere Blutungen bei **Verletzungen** ?

0 ja      0 nein

Haben Sie schon häufig **blaue Flecken** an Ihrem Körper bemerkt ?

0 ja      0 nein

Traten nach **Operationen** stärkere Blutungen oder Nachblutungen auf ?

0 ja      0 nein