

NAME: _ _ _ _ _

Allgemeine Operationen? ☐Ja ☐Nein

☐Gehirn ☐Hypophyse ☐Auge ☐NNH ☐Schilddrüse ☐Herz ☐Lunge ☐Brust
☐Mandeln ☐Speiseröhre ☐Magen ☐Darm ☐Blinddarm ☐Leber ☐Gallenblase
☐Bauchspeicheldrüse ☐Milz ☐Niere ☐Harnblase ☐Gebärmutter ☐Eierstöcke
☐Prostata ☐Schulter ☐Ellbogen ☐Hand ☐Hüfte ☐Knie ☐Fuß ☐Leistenbruch
☐HWS ☐BWS ☐LWS ☐Sonstige: ☐rechts ☐links

Hepatitis B/C ? ☐Ja ☐Nein HIV ? ☐Ja ☐Nein

Bösartige Krebserkrankungen? ☐Ja ☐Nein

☐Gehirn ☐Schilddrüse ☐Kehlkopf ☐Lunge ☐Brust ☐Speiseröhre ☐Magen ☐Darm
☐Leber ☐Gallenblase ☐Bauchspeicheldrüse ☐Niere ☐Harnblase ☐Gebärmutter
☐Eierstöcke ☐Prostata ☐Hoden ☐Wirbelsäule ☐Blut ☐Haut ☐Auge ☐Sonstige:
Chemotherapie? ☐Ja ☐Nein Strahlentherapie? ☐Ja ☐Nein

Aktuelle Verletzung/Unfall/Sturz? ☐Ja ☐Nein

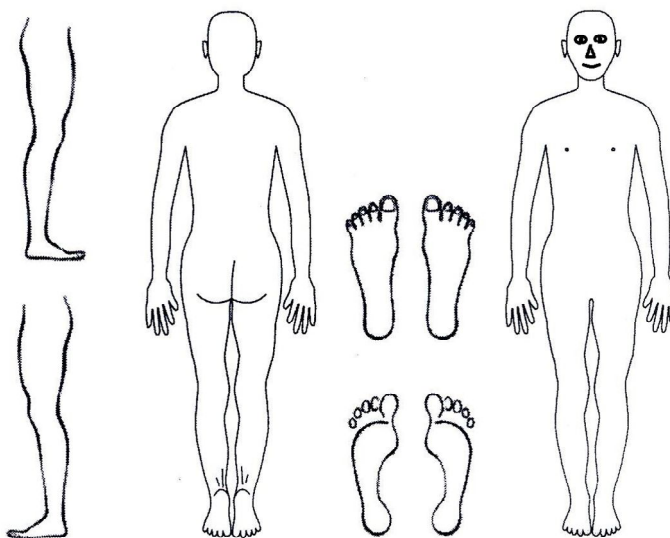
Wann?

Wobei?

Aktuelle Beschwerden? ☐Ja ☐Nein Seit wann?

(Bitte möglichst genau einzeichnen)

Sonstige Bemerkungen:



Links | Rechts

Rechts | Links