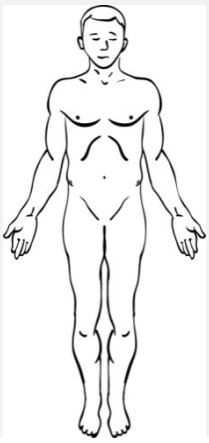
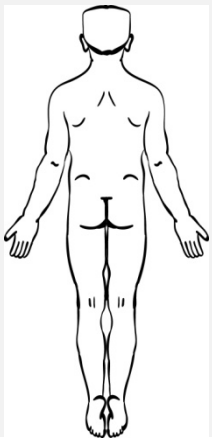
ENGLISCH/ENGLISH

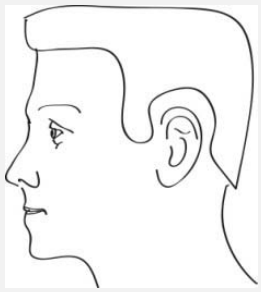
2. Vorerkrankungen - *previous diseases*

DEUTSCH	ENGLISH		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	*Please mark the relevant*		
		Ja/ *Yes*	Nein/ *No*
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	*I am diagnosed with an autimmune disease?*	□	□
Wurden Sie bereits operiert?	*Did you have a surgery before?*	□	□

Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen. *If so: Please mark the location*





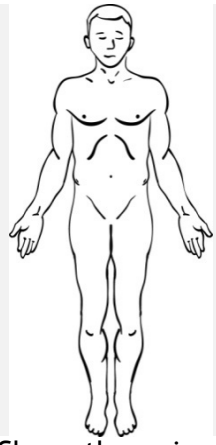


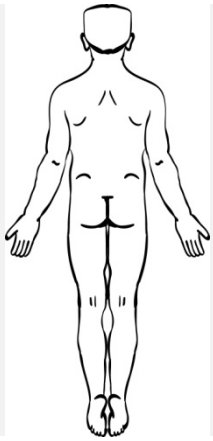
Herz-Kreislauf-Erkrankung	Cardiovascular disease		
		Ja/ Yes	Nein / No
Herzrhythmusstörungen	*Hearth rhythm disorder*	□	□
Ich habe Herzrasen.	*Tachcardia.*	□	□
Immer	*Always*	□	□
Anfallartig	*suddenly*	□	□
Ich habe Herzstolpern	*I have an extrasystole*	□	□
Herzschrittmacher-Operation	*Heart-pace-maker surgery*	□	□

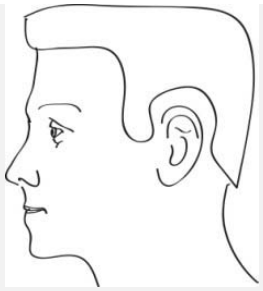
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	*I am taking pills/medicine for this reason*	☐	☐
Bluthochdruck	*High blood pressure*	☐	☐
Gefäßverschlüsse	*Cardiovascular obliteration.*	☐	☐
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	*I had have surgery for this reason*	☐	☐

Stoffwechselerkrankungen *Metabolism disorder*

		Ja/ Yes	Nein /No
Diabetes	*Diabetes*	☐	☐
Tabletten	*pills*	☐	☐
Insulin/Spritze	*Insulin/ injections*	☐	☐
Funktionsstörung der Schilddrüse	*Disorder oft he thyroid gland*	☐	☐
Gerinnungsstörung	*Blood coagulation disfunction*	☐	☐
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	*Do you react allergic to certain medicaments?*	☐	☐
Haben Sie sonstige Allergien?	*Do you have other allergies (e.g. food)?*	☐	☐
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	*Do you have a tumorous disease/ cancer? Please mark the location.*	☐	☐







Chemotherapie	*Chemotherapy*	☐	☐
Bestrahlung	*Radiation therapy*	☐	☐
Arthrose	*arthrosis*	☐	☐
Rheuma	*Rheumatism, growing pains*	☐	☐
Chronisch entzündliche Darmerkrankung	*Chronical inflammatory intestine*	☐	☐
Colitis ulzerosa	*Colitis ulzerosa*	☐	☐

Morbus Crohn	Morbus Crohn	☐	☐
Atemwegserkrankung	*Pulmonal disease*	☐	☐
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	*Chronically obstructive pulmonal disorder*	☐	☐
Asthma	*Asthma*	☐	☐

Infektionskrankheit — *Infectious disease*

		Ja/ Yes	Nein / No
HIV	*HIV*	☐	☐
Virus-Hepatitis	*Viral Hepatitis*	☐	☐
Syphilis	*Syphilis*	☐	☐
Tuberkulose	*Tuberculosis*	☐	☐
Cholera	*cholera*	☐	☐
Windpocken	*Varicella/ chicken pox*	☐	☐
Masern	*measles /morbilli*	☐	☐
Röteln	*rubella/ german measles*	☐	☐
Diphterie	*diphteria*	☐	☐
Typhus/Paratyphus	*Typhus/Paratyphoid*	☐	☐

Konsumieren Sie eine oder mehrere der folgenden Substanzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen. — *Do you consume one or more of the following substances? Please mark the relevant.*

		Ja/ Yes	Nein / No
Alkohol	*Alcohol*	☐	☐
Nikotin/Tabak	*Nicotine/ tobacco*	☐	☐
andere Drogen	*Other drugs/ medicaments*	☐	☐
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	*I consume drugs (also THC/Cannabis)*	☐	☐
Ich trinke Alkohol.	I drink alcohol	☐	☐