

Nachname: _____	Geburtsdatum: _____	Körpergröße: _____m
Vorname: _____		Gewicht: _____kg
		Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Cochleaimplantat: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Voraufnahmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

1. Welche Beschwerden haben sie im Untersuchungsbereich?
Wo sind die Beschwerden lokalisiert?

2. Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert? ja nein

Warum: _____ Wann: _____

3. Erlitten Sie in letzter Zeit einen Unfall oder sind sie gestürzt? ja nein

Wenn ja, wann? : _____

4. War im Untersuchungsbereich schon etwas gebrochen? ja nein

Was: _____ Wann : _____

5. Sind Tumorerkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

6. **Frauen:** Könnten Sie Schwanger sein? ja nein
Stillen Sie? ja nein

Mit meiner Unterschrift willige ich in die geplante Untersuchung ein.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Patient/Erziehungsberechtigte/Betreuer