

## Gesundheitsfragebogen

**(alle Fragen sind wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte sorgfältig lesen und Zutreffendes bitte ankreuzen.)**

Nr.	Fragestellung	Ja	Nein
1.	Besteht eine Blutkrankheit (Hämophilie A/B)?		
2.	Sind Sie HIV-positiv?		
3.	Leiden Sie an Hepatitis A/B oder C?		
4.	Leiden Sie an Nierenerkrankungen?		
5.	Leiden Sie an Pilzinfektionen?		
6.	Leiden Sie an Allergien?		
	Fall 6. mit "Ja" beantwortet, welche?		
7.	Leiden Sie an Diabetes?		
8.	Nehmen Sie Herz- oder Kreislaufmedikamente?		
	Fall 8. mit "Ja" beantwortet, welche?		
9.	Sind bei Ihnen Allergien auf Lidocaine (Betäubungsmittel) bekannt?		
10.	Haben Sie in den letzten zwei Wochen Medikamente genommen?		
	Fall 10. mit "Ja" beantwortet, welche?		
11.	Leiden Sie an Kreislaufproblemen?		
12.	Haben Sie in den letzten 24h Alkohol oder Drogen konsumiert?		
13.	Wünschen Sie eine lokale Betäubung, falls dies möglich ist?		
14.	Haben Sie Herzleiden oder einen Herzschrittmacher?		
15.	Neigen Sie zu Blutergüssen?		
16.	Nehmen Sie Cortison?		
17.	Haben Sie eine Chemotherapie hinter sich?		

Ich bestätige, die vorgenannten Fragen wahrheitsgemäß, nach besten Wissen und Gewissen, beantwortet zu haben. Ich bestätige, dass ich ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, einen Mediziner im Falle von Unklarheiten zu befragen.

-----  
(Ort, Datum)

(Unterschrift, bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)