

Name:
Geburtsstag:

Anschrift:

Fax/E-Mail:
Telefon:

Krankenkasse:

Fragen zum Patienten:

Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

1. Welche **Erkrankung** soll behandelt werden?:

Hörsturz: Nein Ja

Problemwunden: Nein Ja

(Bitte extra beschreiben, legen Sie Fotografien bei oder senden uns diese - wie auch Arztbriefe oder Tonaudiogramme)

Diabetisches Fußsyndrom
Wagner Stadium II: Nein Ja

Bestrahlungsfolgen: Nein Ja

Rollstuhlpflichtig: Nein Ja

2. Seit wann leiden Sie schon an dieser Erkrankung?:

3. Welche Therapien wurde bereits unternommen?:

4. Rauchen Sie regelmäßig?

Nein Ja

Wenn ja, wie viel pro Tag: _____

5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja

Wenn ja, was und wie viel pro Tag:

6. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein Ja

7. Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnte z. Zt. eine Schwangerschaft bestehen?

Nein Ja

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

(z.B. Herz-, Kreislauf-, Asthma-, Schlaf-, Asthmamittel)

Nein Ja

Wenn ja, welche und wie viele pro Tag? (Ggf. Medikamentenliste kopieren und beifügen)

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?
(Zutreffendes unterstreichen, ankreuzen bzw. angeben)

9. Herzerkrankungen

(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündungen, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacher)

Nein Ja

10. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

(z.B. Durchblutungsstörungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Embolie, Thrombose)

Nein Ja

11. Lungen- u Atemwegserkrankungen

(z.B. Tuberkulose, Lungenblähung, Lungenriss, Lungenentzündung, Asthma, chron. Bronchitis)

Nein Ja

12. Leber- Gallenblasenerkrankungen

(z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Gallenblasensteine)

Nein Ja

13. Nieren- und Harnwegserkrankungen

(z.B. Nieren-, Harnblasenentzündungen, Nieren- oder Blasensteine)

Nein Ja

14. Erkrankungen des Verdauungstraktes

(z.B. Magenerkrankungen, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, chron. Darmerkrankungen)

Nein Ja

15. Stoffwechselerkrankungen

(z. B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen)

Nein Ja

16. Nervenleiden oder Gemütsleiden

(z.B. Epilepsie, Lähmungen, Platzangst)

Nein Ja

17. HNO-Erkrankungen

(z.B. Mittelohr-, Nebenhöhlenentzündungen, Kehlkopferkrankungen)

Nein Ja

18. Augen-Erkrankungen

(z.B. Glaukom, Grauer Starr, Netzhauterkrankungen, feuchte oder trockene Makuladegeneration))

Nein Ja

19. Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen

(z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen *Medikamente* oder Nahrungsmittel)

Nein Ja

Wenn ja, welche:

19. Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen

(z.B. Hirnhautentzündung, Vergiftungen, *Tumorerkrankungen* oder ansteckende Erkrankungen, Unfälle, Operationen)

Nein Ja

Wenn ja, welche:

Voraussetzung für die Sauerstoffüberdruckbehandlung

Für die sichere Durchführung der Sauerstoffüberdruckbehandlung kann es erforderlich sein, dass Sie bei Ihrem Hausarzt oder Internisten folgende Untersuchungen durchführen lassen:

✓ Röntgen-Thorax über 70 Jahre (Lungenübersichtsaufnahme in zwei Ebenen)

✓ Ruhe-EKG über 60 Jahre und Vorerkrankungen

✓ Lungenfunktionsprüfung über 65 Jahre

Gegenanzeigen

In einigen Fällen kann zu Ihrer eigenen Sicherheit eine Behandlung nur nach individueller Prüfung durch den Druckkammerarzt durchgeführt werden, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:

⇒ Pneumothorax, Lungenüberblähung, Lungentuberkulose, (relativ Brustkorberöffnung, Asthma ab Grad^o3)

⇒ Schwangerschaft !

⇒ Claustrophobie, psychiatrische Erkrankungen.

⇒ **Schwerste** Herzerkrankungen, (ggf. Herzschrittmachertträger, hochgradige Herzrhythmusstörungen, frischer Herzinfarkt, höhergradige Herzinsuffizienz, angeborene Herzfehler)

⇒ **Schwerster** unbehandelter Bluthochdruck (>170 mm HG)

⇒ **Akute** Infekte im HNO-Bereich bzw. der Lunge

⇒ Engwinkelglaukom, Netzhautablösung, Sehnervenentzündung (je nach Stadium)

⇒ **Unbehandelte** bösartige Tumore

Sprechen Sie uns dann ggf. im Vorfeld darauf an und versuchen Sie möglichst aktuelle Befunde hierzu mitbehandelnder Ärzte einzureichen.

Unsere Ärzte werden Anhand der aktuellen Krankheitsgeschichte und der Befunde am Tag der Aufnahmeuntersuchung Sie zusammenfassend beraten.

Bitte senden Sie uns daher möglichst alle Vorbefunde zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen zu!

Anschrift:

**Druckkammerzentrum Niedersachsen
Praxis Dres. Müller-Kortkamp
Ambulatorium für Sauerstoff- und Umweltmedizin Soltau**
Seilerstraße 7-9
29614 Soltau
Telefon 05191-986016
Telefax 05191-99104
Email: hbo@mueller-kortkamp.de
Web: www.hbo-h.de