

Name:
Anschrift:
Fax/Mail:
Telefon:

Fragen zum Patienten:

Alter: _____ **Jahre**

Größe: _____ **cm / Gewicht:** _____ **kg**

1. Unter welcher Erkrankung leiden Sie?:

Hörsturz: Ja Nein

Problemwunden: Ja Nein

(Bitte extra beschreiben, legen Sie Fotografien bei oder mailen uns diese)

Diabetisches Fußsyndrom

Wagner Stadium III: Ja Nein

Bestrahlungsfolgen: Ja Nein

Rollstuhlpflichtig: Ja Nein

2. Wie lange leiden Sie schon an dieser Erkrankung?:

3. Welche Therapien wurde bereits unternommen?:

4. Rauchen Sie regelmäßig?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag: _____

5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Nein

Wenn ja, was und wie viel pro Tag:

6. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja Nein

7. Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnte z. Zt. eine Schwangerschaft bestehen?

Ja Nein

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

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

Ja Nein

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

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)

Ja Nein

10. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

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

Ja Nein

11. Lungen- u Atemwegserkrankungen

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

Ja Nein

12. Leber- Gallenblasenerkrankungen

(z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Gallenblasensteine)

Ja Nein

13. Nieren- und Harnwegserkrankungen

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

Ja Nein

14. Erkrankungen des Verdauungstraktes

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

Ja Nein

15. Stoffwechselerkrankungen

(z. B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen)

Ja Nein

16. Nervenleiden oder Gemütsleiden

(z.B. Epilepsie, Lähmungen, Platzangst)

Ja Nein

17. HNO-Erkrankungen

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

Ja Nein

18. Augen-Erkrankungen

(z.B. Glaukom, Grauer Starr, Netzhauterkrankungen)

Ja Nein

19. Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen

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

Ja Nein

Wenn ja, welche:

19. Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen

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

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Voraussetzung für die Sauerstoffüberdruckbehandlung

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

✓ Röntgen-Thorax (Lungenübersichtsaufnahme in zwei Ebenen)

✓ Ruhe-EKG

✓ Lungenfunktionsprüfung

Gegenanzeigen

Zur eigenen Sicherheit darf eine Behandlung nicht durchgeführt werden, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:

⇒Pneumothorax, Lungenüberblähung, Lungentuberkulose, Brustkorberöffnung, Asthma ab Grad 3

⇒Schwangerschaft

⇒Claustrophobie, psychiatrische Erkrankungen,

⇒Schwerste Herzerkrankungen, Herzschrittmacherträger, 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

⇒Nicht vorbehandelte bösartige Tumore

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

Bitte senden Sie diesen Bogen ausgefüllt an uns!

Anschrift:

**Praxis Dres. Müller-Kortkamp
Druckkammerzentrum Soltau
Ambulatorium für Sauerstoff- und Umweltmedizin
Soltau**

Seilerstraße 7-9

29614 Soltau

Telefon 0 5191/98600

Telefax 05191/986020

Email: hbo@mueller-kortkamp.de

Web : www.mueller-kortkamp.de