



ENGLISCH/ENGLISH

2. Vorerkrankungen -previous diseases

DEUTSCH

ENGLISH

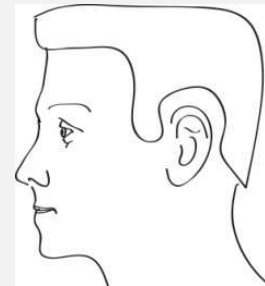
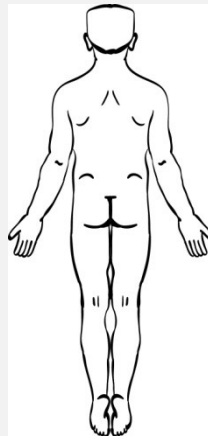
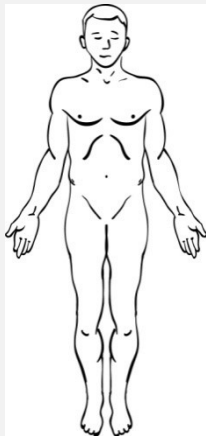
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant

		Ja/ Yes	Nein/ No
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	<i>I am diagnosed with an autoimmune disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert?	<i>Did you have a surgery before?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.

If so: Please mark the location



Herz-Kreislauf-Erkrankung

Cardiovascular disease

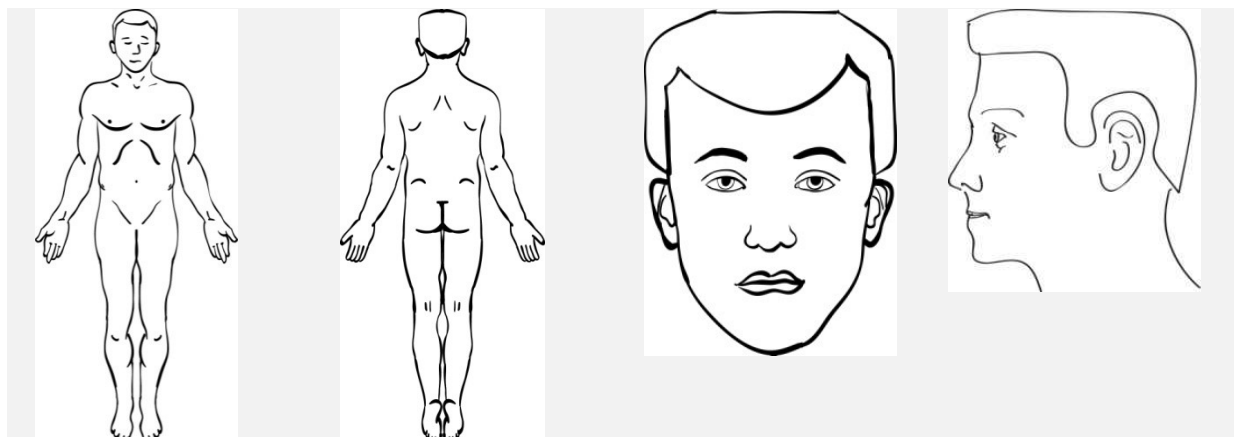
		Ja/ Yes	Nein / No
Herzrhythmusstörungen	<i>Heart rhythm disorder.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	<i>Tachcardia.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	<i>Always.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	<i>suddenly</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	<i>I have an extrasystole</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher-Operation	<i>Heart-pace-maker surgery</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	<i>I am taking pills/medicine for this reason</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<i>High blood pressure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	<i>Cardiovascular obliteration.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	<i>I had have surgery for this reason</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen *Metabolism disorder*

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



Chemotherapie	<i>Chemotherapy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<i>Radiation therapy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<i>arthrosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<i>Rheumatism, growing pains</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung	<i>Chronical inflammatory intestine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	<i>Colitis ulzerosa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Morbus Crohn	Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	<i>Pulmonal disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<i>Chronically obstructive pulmonal disorder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheit

Infectious disease

		Ja/ Yes	Nein / No
HIV	<i>HIV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	<i>Viral Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<i>Syphilis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	<i>cholera</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<i>Varicella/ chicken pox</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<i>measles / morbilli</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<i>rubella/ german measles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<i>diphtheria</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	<i>Typhus/Paratyphoid</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<i>Alcohol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	<i>Nicotine/ tobacco</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	<i>Other drugs/ medicaments</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	<i>I consume drugs (also THC/Cannabis)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich trinke Alkohol.</i>	<i>I drin alcohol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>