



Bitte unterstützen Sie uns darin, Ihre Druckkammer-Therapie individuell anzupassen und Risiken zu minimieren, indem Sie folgende Fragen beantworten. Bitte ausfüllen, ankreuzen [x], unterstreichen oder ergänzen!

Persönliche Angaben

Nachname: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____

Versicherung / Kostenträger: Privat Gesetzlich BG SZ Verein

Hauptkostenträger:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Versicherungsnummer: _____

Nebenkostenträger:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Versicherungsnummer: _____

Ärzte

Arztbrief an: Hausarzt Überweisender Facharzt

Hausarzt:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Behandelnder Facharzt:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)



Name:

Geburtsdatum:

Wer empfahl die Durchführung der Sauerstofftherapie?

- Hausarzt
 Facharzt
 Klinikarzt
 eigene Entscheidung
 Flyer
 Bekannte
 Internet
 Literatur
 andere:

Auf Grund welcher Erkrankung soll die Sauerstoffüberdrucktherapie durchgeführt werden?

Aktuelle Beschwerden:

Alter: Jahre

Größe: cm

Gewicht: Kg

Besteht eine Schwangerschaft?

Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

Wurden Sie schon einmal an Ohren, Nebenhöhlen, Brustkorb (Herz, Lunge) oder Gehirn operiert?

Gab es Probleme dabei? Wenn ja welche?

Sind Sie zurzeit erkältet?

Husten, Schnupfen, Fieber

Rauchen Sie?

Zigaretten, Zigarre, Pfeife

Stk. / Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Bier, Wein, Schnaps

x / Woche

Nehmen Sie Drogen oder Schlafmittel?

Tragen Sie Zahnersatz?

Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken

Haben Sie schadhafte Zähne?

Tragen Sie Implantate / körperfremde Gegenstände?

Herzschrittmacher, Defibrillator, Prothesen, Hörgeräte, Magenband



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hatten Sie eine Strahlen-/ Chemotherapie?

Wann, welche?

 ja

 nein

Allergien, Überempfindlichkeiten?

Heuschnupfen, überempfindlich gegen Medikamente, Jod, Kontrastmittel, Penicillin, Pflaster, Salben, Latex, Nickel, Kobalt, Hausstaub, Tierhaare

 ja

 nein

Unfälle und Hinweise auf weitere Störungen und Begleiterscheinungen?

 ja

 nein

Sind Sie oder waren Sie an einem der folgenden Organe erkrankt?

Herz

Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskulenzündung, Atemnot bei Belastung, Pulsunregelmäßigkeiten, Myokarditis

 ja

 nein

Kreislauf

Hoher oder niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche

 ja

 nein

Gefäße

Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen

 ja

 nein

Lunge und Atemwege

Asthma, chronische Bronchitis, Tbc, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Verletzungen, Lungenriss

 ja

 nein

Leber

Hepatitis, Gelbsucht, Fettleber, Leberverhärtung

 ja

 nein

Nieren

Nierenentzündung, -steine, -zysten

 ja

 nein

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit, Gicht, Schilddrüsenerkrankung

 ja

 nein

Augen

Grüner Star, grauer Star, Netzhaut, Sehhilfe, Kontaktlinsen, Glasaug

 ja

 nein

Nerven, Gehirn

Lähmungen, Epilepsie, Schlaganfall, Depression, Schizophrenie, Angstzustände, Tumore, Infektionen (Meningitis)

 ja

 nein

Blut, Blutgerinnung

große blaue Flecken auch ohne Verletzungen, häufiges Nasenbluten, Blutungsneigung, Thromboseneigung

 ja

 nein

aktuelle Infektionskrankheit

MRSA, Hepatitis B, C, HIV, Malaria oder bösartiger Erkrankung

 ja

 nein



Name:

Geburtsdatum:

Post-Covid-19-Erkrankung

Waren Sie an Covid-19 erkrankt?

ja

nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	während der Erkrankung		anhaltend		
	ja	nein	ja	nein	
Atemnot? (wenn ja, bei welcher Tätigkeit?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beklemmungen im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzmuskelentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzbeutelentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschwäche? (ventrikuläre Dysfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Venenthrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arterielle Embolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk-/ Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fatigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kognitive Beeinträchtigung? (Wahrnehmung, Erkennen, Kreativität, Aufmerksamkeit, Problemlösung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geruch-/ Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerzen, Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere neurologische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchfall, Übelkeit, Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Name:

Geburtsdatum:

Ergänzung für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre

Gab es Probleme bei der Geburt?

ja

nein

Ist die körperliche Leistungsfähigkeit ihres Kindes eingeschränkt?

ja

nein

Lungen und Atemwegserkrankungen in den letzten 6 Monaten?

ja

nein

Impfungen in den letzten vier Wochen?

ja

nein

Durchgemachte Kinderkrankheiten?

ja

nein

Zusammenfassung

Bitte beschreiben Sie kurz in eigenen Worten

- Beginn der Beschwerden
- Verlauf
- wann und wo wurden Sie behandelt?
- durchgeführte Diagnostik
- gab es Probleme und Untersuchungen des Herzens?
- gab es Probleme und Untersuchungen der Lunge?



Bezüglich Ihrer Hyperbarer Sauerstofftherapie, würden wir Sie bitten, uns vorab alle Befunde in Form von Arztbriefen, Untersuchungsergebnissen, radiologische Befunde, etc. zukommen zu lassen. Sowie:

- Erkrankungsbeginn (wann, wie lange und welche Symptome)
- Krankenhausaufenthalt
- ambulante Diagnostik, Therapien
- Symptomverlauf
- aktuell laufende Therapien

Datum

Unterschrift