



Anamnese

Patient

Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Versicherter

(falls abweichend) Name Vorname geb.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: (zutreffendes bitte ankreuzen und unterschreiben)

- Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein wann? _____
- Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein wann? _____
- Haben Sie eine Herzinsuffizienz oder Herzschwäche? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Haben Sie Herzrhythmusstörungen oder einen Herzschrittmacher? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Haben Sie einen Herzfehler oder besteht ein Endokarditis-Risiko? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein
- Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein
- Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Hatten/haben Sie eine Gelbsucht (Hepatitis) ja nein wann? _____ Typ? _____
- Hatten/haben Sie eine Infektionskrankheit (Tbc, AIDS, o. ä.)? ja nein wann? _____
- Haben Sie Asthma oder sonstige Atemwegserkrankungen? ja nein welche? _____
- Haben Sie Diabetes? ja nein
- Haben Sie Allergien? ja nein welche? _____
- Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein
- Haben Sie ein Nervenleiden? (z.B. Depressionen) ja nein welche? _____
- Haben Sie einen erhöhten Augendruck? (Grüner Star) ja nein
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Lebererkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
- Haben Sie Osteoporose? ja nein
- Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung? ja nein welche? _____
- Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss Woche _____
- Leiden Sie an anderen Krankheiten? ja nein welche? _____

- Konsumieren Sie regelmäßige Drogen? ja nein
- Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
- Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein welche? _____

Wann wurde das letzte bildgebende Verfahren angewendet?(Röntgen, CT, MRT o.ä.) _____ wo? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Sonstige Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum _____

Unterschrift _____