

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen.

1. Leiden oder litten Sie unter den nachfolgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Aids)..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutdruck: zu niedrig / zu hoch | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes: Typ 1 / Typ 2 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darmerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung..... ÜBER- od. UNTER- Funktion | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheumatismus / rheumatisches Fieber..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma / Lungenerkrankung..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheiten / Blutgerinnungsstörungen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nervenerkrankungen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie usw.)..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen _____ | | |

2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzklappenprothese,
Herzinnenhautentzündung, Herzoperation, Herzschrittmacher
sonstiges _____

3. Haben Sie Allergien? Allergiepäss: Ja Nein Ja Nein

Penicillinallergie, Jodallergie, Latexallergie
sonstige _____

4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6. Waren sie innerhalb der letzten 2 Jahre auf Grund schwerwiegender
Erkrankungen im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Monat/Jahr _____ Ja Nein

Operationen: Klinik _____ Körperbereich _____

7. Haben oder hatten Sie Verletzungen im Gesichtsbereich? Ja Nein

8. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? _____

Wo (Körperbereich)? _____

BLATT BITTE WENDEN!

