

Anamnese

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Familienangehöriger _____

Beruf _____

Adresse _____

Telefon privat / geschäftlich _____

Leiden (litten) Sie an einer der nachstehend aufgeführten Krankheiten:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Waren Sie die letzten 2 Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie jemals Schwierigkeiten mit langem Bluten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Innere Krankheiten (Diabetes, Nierenfunktionsstörungen, o.ä.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankung der Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenkrheumatismus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids, o.ä.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arzneimittelüberempfindlichkeiten/Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Krankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht zur Zeit Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wünschen Sie eine Kontrolluntersuchung (Recall) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Halbjährlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Jährlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Datum/Unterschrift: _____