



ZP_Anamnesebogen

Formular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Erhebungsbogen sorgfältig aus und kreuzen Sie zur Vermeidung von Komplikationen die Antworten deutlich an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie zu hohen / zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Bestehen derzeit andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben / hatten Sie eine Erkrankung des Herzens und / oder Herzoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Wenn ja, welche? _____			5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben / hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?			6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
- Atemwegs-/Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
- Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung, Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente bei Osteoporose oder bestimmten Krebserkrankungen) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wurden Sie bereits im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Aids, HIV, Lues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann: _____		
- Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lebererkrankung / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
- Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Krankenhaus, in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name / Ort des Hausarztes:		
- Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche? _____					

Telefonnummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____