
Anamnese

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt!

- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb?

.....

- Haben Sie einen Hausarzt?

Hausarzt:

.....

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende an!

- Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen)

Wenn ja, welche?

.....

- Herzschrittmacher-/Defibrillator-Implantation?

.....

- Herzinfarkt

Wenn ja, wann?

.....

- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?

Wenn ja, wann?

.....

- Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?

- Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (z. Bsp. ASS, Falithrom, Eliquis, Lixiana)

.....

- Diabetes mellitus?
 - Insulinpflichtig?

.....

Erkrankungen der inneren Organe? Wenn ja, welche?

- Magen-/Darmerkrankungen
- Leber
- Niere
- andere:

.....

- Schilddrüsenerkrankungen?

Wenn ja, welche?

.....

- Osteoporose?

.....

- Anfallsleiden (Epilepsie)?

.....

- Asthma, chronische obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?

.....

- Grüner Star (Glaukom)?

.....

- Infektionserkrankungen? (z. Bsp. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)

Wenn ja, welche?

.....

- Allergien/Überempfindlichkeiten? (z.Bsp. Jod, Penicillin, Latex, Erythriol, CHX, Lokalanästhetika)

Wenn ja, welche?

.....

Lassen Sie uns auch gerne eine Kopie Ihres [Allergiepasses](#) zukommen.

- Autoimmunerkrankungen (z. Bsp. rheumatische Erkrankungen)?

Wenn ja, welche?

.....

- Tumorerkrankungen?

Wenn ja, welche?

.....

- Haben oder Hatten Sie eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie?

Wenn ja, wann?

.....

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

.....

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

.....

Haben Sie einen Pflegegrad?

Wenn ja, welchen?

.....

Ist dieser befristet?

Konsumgewohnheiten (z. Bsp. Rauchen, Alkohol, sonstige Drogen)?

Wenn ja, wieviel

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Sie können uns auch gerne eine Kopie Ihres Medikamentenplanes zukommen lassen!

Liste:

.....

.....

.....

.....

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und der
Medikamentenliste mit!**

Möchten Sie uns gegenüber einem Angehörigen von der Schweigepflicht entbinden
um ggf. Termin- oder Behandlungsabsprachen treffen zu können?

Name, Geburtsdatum

.....

Name, Geburtsdatum

.....

Einwilligung zur Kontaktaufnahme per E-Mail oder SMS

E-Mail

.....

Mobilnummer

.....

(Datum)

(Unterschrift)