Werte Patientin! Werter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus und geben Sie ihn am Schalter ab.
Er wird an unseren Arzt weitergeleitet und dient Ihrer Sicherheit.

1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation? ❍ Ja ❍ Nein
   Welche und wann?

   .....

   .....

   .....

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? ❍ Ja ❍ Nein
   Welche und wann oder seit wann?

   .....

   .....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt ❍ Ja ❍ Nein
   Wann?

   .....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? ❍ Ja ❍ Nein
   Wann?

   .....

5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt? ❍ Ja ❍ Nein
   Welches und wann?

   .....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? ❍ Ja ❍ Nein
   Seit wann?

   .....

7. Sind Sie zuckerkrank? ❍ Ja ❍ Nein
   Seit wann?

   .....

8. Leiden Sie unter Asthma? ❍ Ja ❍ Nein
   Seit wann?

   .....

9. Leiden Sie an einer chronischen oder angeborenen Erkrankung? ❍ Ja ❍ Nein
   z. B. Herz-, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren- Hauterkrankung, Blutungskrankheit,
   chronische Polyarthritis, seelische Erkrankung
   Welche und seit wann?

   .....

   .....

   .....

10. Haben Sie Metallteile im Körper? ❍ Ja ❍ Nein
    z. B. Klammern nach Gallen- oder Herz-OP, künstliche Gelenke,
    Nägel oder Schrauben nach Knochenbruch, Metallsplitter, Spirale, Zahnimplantate
    Welche und wo?

    .....

Bitte wenden!

P108142 Anamneseblatt.indd 1 30.04.15 13:02

11. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes elektronisches Gerät (Defibrillator, Nervenstimulator, Tiefenhirnstimulation) ❍ Ja ❍ Nein
Welches? Seit wann?

.....

12. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente ❍ Ja ❍ Nein
(auch Spritzen und Infusionen)?
Welche?

.....

.....

.....

13. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente? ❍ Ja ❍ Nein
z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder Spritzen?
Welches?

.....

14. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie Hepatits A, B, C, ❍ Ja ❍ Nein
Tuberkulose, HIV, Salmonellendauerausscheidertum, MRSA, VRE, ESBL?
Welche und wann/seit wann?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? ❍ Ja ❍ Nein
Welche?

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ❍ Ja ❍ Nein
Seit wann? Wann zuletzt?

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? ❍ Ja ❍ Nein
Welche?

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? ❍ Ja ❍ Nein

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? ❍ Ja ❍ Nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? ❍ Ja ❍ Nein
Welche und wann?

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? ❍ Ja ❍ Nein

.....
Name Geburtsdatum

.....
Datum Unterschrift