

ANAMNESE - ERHEBUNGSBOGEN

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollte der Platz für Zusatzangaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte unter Angabe des Punktes die Rückseite des Blattes. Der Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

1. Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? () nein () ja, _____
2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? () nein () ja, _____
 - angeborene oder erworbene Herzfehler? () nein () ja, _____
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? () nein () ja, _____
 - Herzoperationen, Herzklappenprothese? () nein () ja, _____
 - Haben Sie einen Herzschrittmacher? () nein () ja, _____
3. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
 - Diabetes (erhöhter Blutzucker)? () nein () ja, _____
 - Erkrankung des Blutes?
(z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung) () nein () ja, _____
 - Allergien (z.B. Heuschnupfen) () nein () ja, _____
 - Schilddrüsenerkrankung? () nein () ja, _____
 - Asthma / Lungenerkrankungen? () nein () ja, _____
 - Nervenerkrankung (Depression o.ä.)? () nein () ja, _____
 - Anfallsleiden / Epilepsie? () nein () ja, _____
 - Magen-, Darm-, Leber-, Nierenerkrankung? () nein () ja, _____
4. Haben Sie eine Infektionserkrankung
z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, andere ? () nein () ja, _____
5. Bestehen derzeit sonstige Erkrankungen? () nein () ja
Wenn ja, welche? _____
6. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? _____

7. Nehmen Sie Medikamente ein, die Blutgerinnung hemmen? () nein () ja, _____
8. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? () nein () ja
Wenn ja, welche? _____
9. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____
10. Waren Sie innerhalb der letzten Jahre im Krankenhaus
oder in ärztlicher Behandlung? () nein () ja
Wenn ja, weshalb? _____
11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? () nein () ja, _____

Mainz, _____
Datum

Unterschrift

ANAMNESE - ERHEBUNGSBOGEN

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.-Datum:** _____