



Anamnesebogen

Sehr geehrte Damen
Sehr geehrte Herren

Wir bitten Sie, uns diesen Anamnesebogen auszufüllen. Gerne werden wir Ihnen dabei helfen. Wir benötigen diese Angaben, um möglichst ein vollständiges Bild von Ihrer Krankengeschichte zu erhalten. Dies ermöglicht uns, Ihre Behandlung so sicher wie möglich durchzuführen.

Name:..... Vorname:.....
Geburtstag:..... Straße:.....
Wohnort:..... Beruf:.....
Tel. Mobil:.....

Allergien:

Medikamente:

Schwangerschaft nein ja Nikotin nein ja Drogen nein ja

Alkoholkonsum nein ja, wie oft:

Blutungsneigung nein ja, wann

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein nein ja welche:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Bluterkrankungen (Anämie, Leukämie etc.) nein ja

Nervenerkrankungen (Nervosität, Depression etc.) nein ja

Tumorerkrankungen nein ja

mit Bestrahlung nein ja mit Chemotherapie nein ja

Nierenerkrankungen nein ja mit Dialyse nein

rheumatische Erkrankungen nein ja

Infektionserkrankungen nein ja

	ja	nein		Ja	nein
Herzinsuffizienz			Herzklappenersatz		
Herzrhythmusstörungen			Herzschrittmacher		
Herzinfarkt, wann.....			Hoher Blutdruck		
Osteoporose			Niedriger Blutdruck		
Hoher Augendruck			Diabetes mellitus Typ		
Lebererkrankungen			Schilddrüsenerkrankungen		
Magen-Darm-Erkrankungen			Anfallsleiden / Epilepsie		

Wir weisen Sie daraufhin, dass Sie nach einem operativen Eingriff und/oder der Gabe von Medikamenten (auch einer örtlichen Betäubung) bis zu 24 Stunden verkehrsuntauglich sein können. Nehmen Sie daher nicht aktiv am Straßenverkehr teil. Bitte organisieren Sie sich zu dem entsprechenden Termin eine Fahrgelegenheit oder nutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel. Gerne rufen wir Ihnen auch ein Taxi.

München, den

Unterschrift: