

Anamnese

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt, Anschrift: \_\_\_\_\_

sonstige vorbehandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie schwanger? 0 ja ( \_\_\_\_ . Woche) 0 nein

2. Letzte Röntgenaufnahme? \_\_\_\_\_

3. Neigen Sie zu Nachblutungen? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

4. Sind Sie allergisch? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Welche Stoffe? \_\_\_\_\_

5. Litten oder leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankungen? Welche? \_\_\_\_\_ 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Hoher Blutdruck? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Niedriger Blutdruck? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Asthma? Tuberkulose? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Gelbsucht? Hepatitis? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Zuckerkrankheit? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Nierenerkrankung? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

Rheuma? 0 ja 0 weiß nicht 0 nein

6. Nehmen Sie Medikamente ein? 0 ja 0 nein

Welche? Dosierung? \_\_\_\_\_

7. HIV-Test 0 positiv 0 negativ

8. Hepatitis B Antigen positiv 0 ja 0 nein

9. Sonstiges? \_\_\_\_\_

0 Ich wurde darüber aufgeklärt, dass nach Verabreichung einer Sedierungsspritze Verkehrsuntauglichkeit besteht.

0 Ich entbinde die Mitarbeiter/innen der Praxis Dr. Schulz/Dr. Flechtenmacher in soweit von der Schweigepflicht, als dass Sie meiner Begleitperson/Abholung Auskunft über meinen Praxisaufenthalt geben dürfen.

0 Ich willige bis auf Widerruf ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an (mit-)behandelnde Ärzte übermittelt werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift