

Anamnese

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Überweisender Arzt, Anschrift: _____

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 erkläre mich einverstanden, an ggf. erforderlich werdende/ärztlich empfohlene Kontrolluntersuchungen ohne Aufforderung bis auf Widerruf erinnert zu werden. Bitte informieren Sie mich schriftlich.

Wir übermitteln standardmäßig die Befund- und Behandlungsdaten an Ihre (mit-)behandelnden Ärzte. (Falls nicht gewünscht, bitte streichen.)

_____ Datum

_____ Unterschrift