

# Anamnese

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

- Allergie / Medikamentenunverträglichkeit?  Ja  Nein Falls ja, welche: \_\_\_\_\_
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Ja  Nein Falls ja, welche Woche: \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  Ja  Nein Falls ja, wie viel? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  Ja  Nein Falls ja, welche: \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Blutverdünner?  Ja  Nein Quick / INR Wert: \_\_\_\_\_  
 ASS 100  Marcumar  Xarelto  Eliquis  Clopidogrel  Plavix  andere: \_\_\_\_\_
- Bestehen Herzerkrankungen?  Ja  Nein Falls ja, welche: \_\_\_\_\_  
 z. B. Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Herzoperationen (Stents, Bypass)

Diabetes Typ _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Epilepsie / Anfallsleiden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Krebserkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blut- oder Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Blutdruck (zu niedrig / zu hoch)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	HIV positiv	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hepatitis B / C	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sonstige Krankheiten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, welche: _____	

- Kam es bei Ihnen bereits zu Zwischenfällen während der Behandlung bzw. durch Spritzen?  Ja  Nein
- Sind Sie besonders ängstlich?  Ja  Nein
- Wurden Sie in den letzten sechs Monaten geröntgt?  Ja  Nein

Hiermit versichere ich, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und spätere Änderungen der Praxis umgehend mitzuteilen.

(Hinweis: Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)