

Fragebogen (Anamnese)

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!

Patientenname: _____ Erziehungsberechtigter: _____	Geb: _____ Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
---	--

Bitte Zutreffendes ankreuzen		Nein	Ja			Nein	Ja
Besteht z.Zt eine Erkältung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen ?			
Traten in den letzten Wochen Durchfall oder Erbrechen auf ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz / Kreislauf		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine andere Infektion vor ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt			
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B Aspirin ; ASS ; Marcumar) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher, niedriger Blutdruck, Atemnot			
Welche? _____				Oder _____			
Nehmen Sie andere Medikamente ? (Herzmedikamente; Psychopharmaka etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefäße:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen				Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall			
Besteht eine Schwangerschaft ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung,			
Wenn ja, was und wieviel täglich ?				Lungenbähungen, Zwerchfelllähmung, Schlafapnoe			
_____				Leber:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Gelbsucht, Leberverhärtung, Gallensteine			
Trinken Sie täglich Alkohol ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speiseröhre, Magen, Darm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was und wieviel ?				Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit			
_____				Nieren:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Nierenentzündung, Nierensteine, Dialyse			
Nehmen Sie Drogen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechsel:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche ? _____				Zuckerkrankheit, Gicht			
War Ihnen nach früheren Narkosen übel oder mussten Sie erbrechen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelettsystem:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Gelenkerkrankungen, Osteoporose, Rheuma			
_____				Nerven / Gemüt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende Bemerkungen:				Krampfanfälle, Lähmungen, Depressionen			
_____				Augen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Grüner Star, Grauer Star, Augen OP			
_____				Blut:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten			
_____				Nachblutungen nach Operationen			
_____				Muskeln:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Muskelschwäche, Muskelerkrankungen			
_____				Allergie:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Gegen Medikamente, Betäubungs-/ Schmerzmittel			
_____				Desinfektionsmittel Latex (Gummihandschuhe)			
_____				Ergänzende Bemerkungen:			
_____				_____			
_____				_____			

Den Fragebogen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Fragen wurden mit dem Behandler _____ durchgesprochen.

Datum: _____ Unterschrift: _____