

## Anamnesebogen

**Für Ihre Behandlung bei uns erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.**

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

Geboren am \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- |                    |                          |                            |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Atemwege           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kreislaufs         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzens            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Haben oder hatten Sie ...

- |                              |                          |                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| einen Schlaganfall           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| hohen Blutdruck              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedrigen Blutdruck          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star oder Grauen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids)                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| eine Gelenkprothese<br>(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|---|--------------------------|----------------------------|

Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

- |                     |                          |                            |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Thrombosen          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gerinnungsstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Medikamente: Nehmen Sie ...

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                            | <input type="radio"/> Cortison       |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                              | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> Blutverdünner z.B. Marcumar, ASS, Eliquis? |                                      |
| <input type="radio"/> Osteoporosemittel (Bisphosphonate)         |                                      |
| <input type="radio"/> andere Medikamente:                        |                                      |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Stents/Bypass                          | <input type="radio"/> Herzinfarkt           |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher                      | <input type="radio"/> angeborene Herzfehler |
| <input type="radio"/> Herzklappenersatz                      | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Herz OP innerhalb der letzten 6 Monate |   |

### Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Zu Ihrem Schlaf

Schnarchen Sie?  ja  nein

Haben Sie Atemaussetzer in der Nacht oder bemerkt ihr/e Partner/in diese?  ja  nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?  ja  nein

### Zum Schluss

Rauchen Sie?  ja  nein

Haben Sie eine Suchterkrankung?  ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?  ja  nein

Liegt ein Pflegegrad vor?  ja  nein

### Fragen / Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.**

**Ich bin darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig (24h vorher) abgesagte Termine privat in Höhe von 40 € pro halber Stunde in Rechnung gestellt werden.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift