



ANAMNESE

Patient		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefon		

Versicherter		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Hausarzt		

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?

Herz / Kreislaufkrankung

- Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck
- Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris, Infarkt)
- Herz-OP, Herzklappenersatz, Herzklappenerkrankung
- Herzschrittmacher
- Herzschwäche oder unregelmäßiger Herzschlag
- Hatten Sie eine Endokarditis? (Herzbeutelentzündung)
- Haben Sie einen Herzpass?
- Mangeldurchblutg. des Gehirns (Apoplex, Schlaganfall)

Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Blut

- Blutarmut (Anämie)
- Blutgerinnungsstörung o. Blutungsneigung
- Blutgerinnungshemmende Medikamente

Atemwegserkrankungen

- Asthma / chronische Bronchitis
- Tuberkulose

Stoffwechsel

- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankung
- Nierenerkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung

Nervensystem

- Anfallsleiden / Epilepsie
- Depressionen
- Multiple Sklerose

Allergien

- Besitzen Sie einen Allergiepass?

Infektionskrankheiten

- Hepatitis
- HIV (AIDS)

Osteoporose

- Nehmen Sie **Bisphosphonate** ein?

Tumorerkrankungen

Rheumaerkrankungen

Allgemein

- Frühere Operationen
- Raucher / Alkoholgenuss / Drogen
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung am Kopf? Wo?
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Besteht eine Schwangerschaft?

- Stillen Sie?

Nehmen Sie andere Medikamente? Wenn ja, welche?

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Datum Unterschrift