

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie gerne fragen.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

	JA	NEIN
Allgemein:		
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie während der letzten 5 Jahre im Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie Operationen? (welche) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente? (welche) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Unverträglichkeiten oder Allergien (welche) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?		
Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzmuskelschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	JA	NEIN
Blutgerinnungsstörung	0	0
Herzschrittmacher	0	0
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	0	0
Herzinfarkt	0	0
Hämatologische Erkrankungen	0	0
Chronische Niereninsuffizienz	0	0
Dialyse	0	0
Atemwegserkrankungen (welche)	0	0
Magen- Darm- Erkrankungen	0	0
Diabetes (welcher Typ) _____	0	0
Lebererkrankungen	0	0
Osteoporose	0	0
Rheumatoide Arthritis	0	0
Glaukom (erhöhter Augendruck)	0	0
Tumorerkrankungen	0	0
Anfallsleiden (Epilepsie)	0	0
Schilddrüsenerkrankungen	0	0
 Leiden Sie an einer Infektionskrankheit:		
Hepatitis A, B, C	0	0
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	0	0
Tuberkulose	0	0
Syphilis	0	0

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Leserliche Unterschrift

Meran, am
