

# Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_
2. Nehmen sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_
3. Spezielle Medikamente (zutreffendes bitte ankreuzen)
- Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!)  Gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin)  
 Schmerzmittel  Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr
4. Bluten Sie lange nach einer Verletzung?  ja  nein

## Hatten sie jemals:

5. Eine allergische Reaktionen bei ihren vorherigen Behandlungen  ja  nein
6. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?(z. B. Jod, Penicillin etc.)?  ja  nein
7. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?  ja  nein
8. Herzerkrankungen, Kreislaustörungen?  
(z. B. Hyper-, Hypotonie, Endokarditis, Herzkappenersatz-, Infektionen)?  ja  nein
9. Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen?  ja  nein
10. Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)?  ja  nein
11. Diabetes (Zuckerkrankheit)?  ja  nein
12. Atemwegserkrankungen?  ja  nein
13. Nierenerkrankungen?  ja  nein
14. Infektiöse Erkrankungen? (z. B. Tuberkulose, AIDS, HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?  ja  nein
15. Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?  ja  nein
16. Schilddrüsenprobleme?  ja  nein
17. Epileptische Anfälle?  ja  nein
18. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?  ja  nein
19. Trinken Sie Alkohol?  ja  nein
20. Nehmen Sie Drogen?  ja  nein
21. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen zu den obigen Angaben umgehend mit.