

## Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = JA / N = Nein

### Persönliche Daten:

Beruf:

.....

Telefon (privat):

.....

Telefon (mobil):

.....

E-Mail-Adresse:

.....

Hausarzt:

.....

### Allgemein

Geschlecht:

W  M  D

Für Frauen:

Könnten Sie Schwanger sein?

J  N

Stillen Sie?

J  N

### Alkoholkonsum

Dürfen wir bei Ihnen alkoholhaltige Spüllösungen verwenden?

J  N

## Tabakkonsum

Rauchen Sie ?  J  N

(Wenn JA) Wie viel am Tag?

.....

## Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate ? (Krebstherapie/Osteoporose)  J  N

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein?  J  N

(Wenn JA) welche?

.....

## Gerinnungsstörungen

Leiden Sie oder litten Sie an einer der folgenden Gerinnungsstörungen?

Blaue Flecken/Nasenbluten  J  N

Blutarmut (Anämie)  J  N

Allergien

Leiden Sie an Allergie ?  J  N

Latex  J  N

Medikamentenallergien  J  N

## Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung ?  J  N

Hatten Sie deswegen Bestrahlung im Kopfbereich ?  J  N

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen ?

- |                                       |                            |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Angina pectoris (Brustschmerzen)      | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Herzinfarkt                           | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Herzschrittmacher                     | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Stents                                | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Durchblutungsstörungen                | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Erhöhter Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Niedriger Blutdruck                   | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Thrombose/Embolie (z.ß. Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |
| Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen?   | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> N |

## Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten ?

Hepatitis  J  N

Wenn ja, welcher Typ?

A    B    C

Tuberkulose (Tbc)  J  N

HIV-positiv (AIDS)  J  N

Herpes  J  N

Andere Infektionskrankheiten: .....

## Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen ?

Diabetes mellitus  J  N

Typ 1

Typ 2

HbA1c-Wert: .....

Gicht/Porphyrrie  J  N

Osteoporose  J  N

MS (Multisklerose)  J  N

## Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen ?

Verstärkte Blutungen  J  N

Verzögerter Heilung  J  N

Thrombosen/Embolien  J  N

Sonstige Besonderheiten: .....

Beratungswünsche?  J  N

.....

.....

## **Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)**

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ich willige ein

Ich willige nicht ein

## **Unterschrift**

**Ort/Datum:**

**Vielen Dank!**