

## Anamnesebogen für Erwachsene

➔ Bitte senden oder faxen Sie uns diesen Anamnesebogen vollständig ausgefüllt umgehend an die oben genannten Kontaktdaten.

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum: .....
Name, Vorname: .....		Strasse, Nr.: .....
Krankenkasse: .....		PLZ, Wohnort: .....
Policen/VEKA-Nr. ....		Telefon & E-Mail: .....
Hausarzt: .....		Grösse (cm) /Gewicht (kg): .....
Was wird operiert: .....		Wo findet der Eingriff statt: .....

### Angaben zu Ihrer Gesundheit (Bei Auswahl Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen)

	ja	nein
Fühlen Sie sich derzeit gesund? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im vergangenen Jahr in ärztlicher Behandlung? Wann, Weswegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits Operationen mit Narkose? Welche? Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die Narkose gut vertragen? Warum nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten bei Verwandten Besonderheiten im Zusammenhang einer Anästhesie auf? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien? Welche? Falls Allergiepass vorhanden, bitte beilegen/mitbringen. <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Gräser <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel (Welche?) <input type="checkbox"/> Medikamente (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Wochen blutgerinnungshemmende Medikamente (Blutverdünner) eingenommen? Z.B. Marcumar, Aspirin, Plavix, Heparin, Fragmin, oder andere (welche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Herz-, Blutdruckmedikamente, Schmerzmittel, Psychopharmaka, Antibabypille, Homöopathie, oder andere (Welche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Piercings? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie mühelos zwei Stockwerke Treppen steigen? Warum nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lockere Zähne? Karies? Prothesen oben? Prothesen unten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Was, seit wann, wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol? Was, seit wann, wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen? Was, seit wann, wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name: .....

Vorname: .....

**Anamnesebogen für Erwachsene (Fortsetzung)**

**Angaben zu Ihrer Gesundheit (Bei Auswahl Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen)**

ja      nein

Herz/Kreislauf: Angina pectoris, hoher oder niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen, oder andere (Welche)?      

Atemwege/Lunge: Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Schlaf-Apnoe-Syndrom CPAPGerät, Tuberkulose, oder? (Welche)?      

Gefässe: Thrombosen, Embolien, Schlaganfall, Krampfadern oder andere (Welche)?      

Niere: erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündungen, oder andere (Welche)?      

Leber: eingeschränkte Leberfunktion, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht, Gallensteine, Fettleber oder andere (Welche)?      

Speiseröhre, Magen, Darm: Sodbrennen, Refluxkrankheit, Geschwüre, oder andere (Welche)?      

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht      

Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf, oder andere (Welche)?      

Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rücken- Bandscheibenprobleme, oder andere (Welche)?      

Nerven, Gemüt: Krampfanfälle, Depressionen, Lähmungen, oder andere (Welche)?      

Geburtsgebrechen, Behinderungen, Epilepsie, Autismus, Trisomie 21 oder andere (Welche)?      

Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen, oder andere (Welche)?      

Blut: Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, leicht blaue Flecken, oder andere (Welche)?      

Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen (auch bei Verwandten), oder andere (Welche)?      

Chronische Schmerzen? Wo? Seit wann?      

Bitte legen Sie vorhandene Arztberichte und Befunde bei

Bemerkungen:

.....  
 .....

Ich bestätige hiermit, dass ich dieses Formular zur Erfassung meiner medizinischen Vorgeschichte nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter