

## Allgemeine Anamnese

Sehr geehrte Patienten, wir möchten Sie bitten sich ein paar Minuten Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens zu nehmen. Er stellt Fragen, die im Rahmen einer Operation oder ästhetischen Behandlung wichtig werden können. In einigen Punkten geht er darüber hinaus, was aber ausnahmslos Ihrer Sicherheit dient. Wichtig für uns ist, dass wir ein genaues Risikoprofil erstellen können. Im Anschluss werden wir diesen Gesundheitsfragebogen mit Ihnen im persönlichen Gespräch besprechen, sodass Sie fragliche Punkte gerne offen lassen und mit uns direkt klären können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und nur innerhalb der Praxis für Ihre Behandlung verwertet.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen, von denen wir wissen müssten? Nachfolgend werden die wichtigsten angesprochen. Sollten Erkrankungen bestehen, die hier nicht aufgeführt sind, sprechen Sie uns bitte an.

### Bestehen und/oder bestanden folgende Erkrankungen?

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Sind Sie schon einmal bestrahlt worden?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, wo? _____	
Diabetes mellitus Typ 1/2	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Haben Sie jemals Kortison genommen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
HIV (Aids)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, warum? _____	
Hepatitis B/C	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Hatten Sie schon einmal eine Betäubung?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen z.B. Asthma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, gab es Probleme?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Leiden Sie an Venenerkrankungen wie z.B. Krampfadern?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Lebererkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Bestand eine Thrombose oder besteht eine Thromboseneigung?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Darmerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Psychische Belastungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Rauchen Sie?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzinfarkt oder Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, wie viel? _____	
Wenn ja, welche? _____		Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hatten Sie einen Schlaganfall?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, wie viel? _____	
Neurologische Erkrankungen, z.B. Krampfleiden	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Drogenkonsum?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Auffälligkeiten bei der Blutkontrolle?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Haben Sie Angst vor Spritzen oder Narkosen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, Datum der letzten Kontrolle _____		Frühere ästhetische Operationen oder Behandlungen z.B. Botox, Hyaluron, etc.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bestehen Allergien z.B. gegen Antibiotika, Jod, Pflaster oder Medikamente		Wenn ja, wie viel? _____	
Sonstige _____		Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Nehmen Sie Aspirin<sup>®</sup>/Marcumar<sup>®</sup>, Plavix<sup>®</sup> oder andere Blutverdünnungsmittel? Ja  Nein

Bitte notieren Sie aktuelle Medikamenteneinnahmen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal operiert worden? Was? Wann? Wo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, den Gesundheitsfragebogen gewissenhaft und vollständig ausgefüllt zu haben. Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bestätige diese mit meiner Unterschrift.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift