

Anamnesebogen

Ihre Telefon-Nummer: _____ Ihr Hausarzt: _____

Ihr Beruf: _____

Ich bin mit der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) einverstanden		ja	nein			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?</u>						
	ja	nein			ja	nein
Diabetes/Zuckerkrankheit Typ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV positiv, AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/>			Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Nur für Frauen:</u>		ja	nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endokarditis (Herzmuskelentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja , welcher Monat? _____			
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viele Kinder haben Sie? _____			
Ihre Größe: _____		Ihr Gewicht: _____				
<u>Nehmen Sie Medikamente?</u>		ja	nein			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
wenn ja , welche? _____						

<u>Bestehen Allergien?</u>		ja	nein			
Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
wenn ja , welche: _____						

Datum: _____ Unterschrift: _____