

Allgemeinmedizinische Anamnese

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Wohnanschrift: _____

1. Waren Sie während der letzten Jahre
- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - im Krankenhaus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hausarzt: Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

2. Nehmen Sie in den letzten Wochen Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

welche? _____

3. Bluten Sie lange bei Verletzungen? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie jemals:

4. eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
(z.B. Penicillin, Jod etc.) ☐ ja ☐ nein

5. Asthma, Heuschnupfen ☐ ja ☐ nein

- andere überempfindliche Reaktionen oder Allergien? ☐ ja ☐ nein

welche? _____

6. Herz-, Kreislaufstörungen? ☐ ja ☐ nein

7. Rheumatisches Fieber? ☐ ja ☐ nein

8. Schweres Rheuma, Gelenkschwellungen? ☐ ja ☐ nein

9. Gelbsucht? ☐ ja ☐ nein

10. Leiden Sie unter einer anderen ernsthaften Erkrankung? ☐ ja ☐ nein

welche? _____

11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift