

# Allgemeinmedizinische Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

---

1. Waren Sie während der letzten Jahre  
- im Krankenhaus?  ja  nein  
- in ärztlicher Behandlung?  ja  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