

ANAMNESEBLATT FÜR DIE PRÄOPERATIVE DIAGNOSTIK

PATIENT: _____ GEB.: _____

Sehr geehrter PatientInnen!

Um das Risiko des bei Ihnen geplanten Eingriffs auf ein Mindestmaß zu reduzieren, bitten wir Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse zu beantworten:

Ihre **Körpergröße**: _____ cm **Gewicht**: _____ kg

Geplante Operation: _____

Operationstermin: _____

	JA	NEIN
Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, welche Operationen/Komplikationen?		
Sind Sie allergisch (insbes. auf Medikamente)? Wenn ja, worauf?		
Neigen Sie auffällig zu verlängerter Blutungszeit oder blauen Flecken (Hämatomen)?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel durchschnittlich bzw. tägl. Menge?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel durchschnittlich bzw. tägl. Menge?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?		

Haben (hatten) Sie Erkrankungen folgender Organe bzw. Organsysteme?

	JA	NEIN		JA	NEIN
Hoher Blutdruck?			Erkrankungen d. Nieren, Harn oder Geschlechtsorgane?		
Erkrankungen d. Herzens oder Kreislaufes?			Erkrankungen d. Venen insbes. Thrombosen?		
Erkrankungen d. Lunge, Asthma, Bronchitis?			Erkrankungen d. Blutes, der blutbildenden Organe?		
Erkrankungen d. Magens (Geschwür) oder Darmes?			Erkrankungen d. Gehirns, Anfallsleiden (Epilepsie)?		
Erkrankungen d. Leber, Gallenblase, Gelbsucht?			Erkrankungen d. Schilddrüse?		
Erkrankungen d. Bauchspeicheldrüse?			Erkrankungen d. Stoffwechsels, Zuckerkrankheit?		

Die folgenden Fragen sind nur von Frauen zu beantworten:

	JA	NEIN
Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?		
Nehmen Sie die Pille oder Hormonpräparate?		
Wann war die letzte Regelblutung?		

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum: _____ Unterschrift: _____

Liebe(r) Erstp Patientin/Erstpatient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen und betreuen zu dürfen und bitten Sie nachfolgend um Ihre aktive Mithilfe, Sie individuell und optimal versorgen zu können!

Ihr Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Ihre Adresse:	
Telefon-Nummer:	
Email-Adresse:	
Dienstgeber:	
Hausärztin/Hausarzt:	

Medikamente:

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Nebenwirkungen/Allergien:

Hatten Sie Nebenwirkungen oder Allergien auf bestimmte Medikamente? Welche? Bitte anführen:		
JA	VIELLEICHT	NEIN

Nahrungsmittelunverträglichkeiten (bitte ankreuzen):

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?		
JA	VIELLEICHT	NEIN

Besteht Interesse an Zusatzleistungen?

JA	VIELLEICHT	NEIN
-----------	-------------------	-------------

Sind Sie Diabetiker Typ II (bitte ankreuzen)?:

JA	NEIN
-----------	-------------

Auf uns aufmerksam geworden durch (bitte ankreuzen):

Hausärztin/Hausarzt	Fachärztin/Facharzt	Internet	Bekannte/Freunde	Beschilderung	Sonstiges
---------------------	---------------------	----------	------------------	---------------	-----------

Datum:Unterschrift:.....

Wir bitten um Verständnis, die Erhebung erfolgt in erster Linie in Ihrem Interesse! Ihr KrausMed-Team!