

## 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allergisch (insbes. auf Medikamente)? Wenn ja, worauf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie auffällig zu verlängerter Blutungszeit oder blauen Flecken (Hämatomen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel durchschnittlich bzw. tägl. Menge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel durchschnittlich bzw. tägl. Menge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

### Die folgenden Fragen sind nur von Frauen zu beantworten:

	JA	NEIN
Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille oder Hormonpräparate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Regelblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Liebe(r) Erstpentin/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:**

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

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten (bitte ankreuzen):**

<b>Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?</b>		
<b>JA</b>	<b>VIELLEICHT</b>	<b>NEIN</b>

**Besteht Interesse an Zusatzleistungen?**

<b>JA</b>	<b>VIELLEICHT</b>	<b>NEIN</b>
-----------	-------------------	-------------

**Sind Sie Diabetiker Typ II (bitte ankreuzen)?:**

<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
-----------	-------------

**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!