

Anamnesebogen:

Name: _____

Anschrift: _____

Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____

Um mögliche Komplikationen ausschliessen zu können erbitten wir folgende Angaben für die geplante Behandlung, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln werden.

1.) Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|----|------------------------------------|-------------------|
| a) | Allergische Reaktionen / Allergien | ja () / nein () |
| | <u>ggf. welche:</u> _____ | |
| b) | Kreislaufbeschwerden | ja () / nein () |
| c) | Herzschwächen / Herzkrankheit | ja () / nein () |
| d) | Blutgerinnungsstörung | ja () / nein () |
| e) | Zuckerkrankheiten | ja () / nein () |
| f) | TBC (Tuberkulose) | ja () / nein () |
| e) | Hepatitis | ja () / nein () |
| f) | HIV Infektionen | ja () / nein () |
| g) | Herpes | ja () / nein () |

2.) Haben Sie eine Unverträglichkeit gegen Medikamente? ja () / nein ()

- | | | |
|----|--|-------------------|
| a) | <u>Wenn ja, welche:</u> _____ | |
| b) | Haben Sie in den letzten 24 Stunden blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen wie z.B. Aspirin, ASS | ja () / nein () |
| c) | Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol oder Drogen konsumiert? | ja () / nein () |

3) Für Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie momentan? ja () / nein ()

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner gemachten Angaben und dass ich nicht unter Drogen oder Alkoholeinfluss stehe.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden