

Herz- / Kreislaufferkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher (wann: ____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappe (wann: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (wann: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzpass ? Bitte vorlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gefäßerkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall (wann: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluterkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente <input type="checkbox"/> Falithrom <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Xarelto					

andere Blutverdünner: _____

Lungenerkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Augenerkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Grüner Star / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere: _____		

Stoffwechselerkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Überfunktion / Unterfunktion?)		

Infektionskrankheiten:	Ja	Nein		Ja	Nein
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aids / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Erkrankung Nervensystems:	Ja	Nein		Ja	Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krämpfe / Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Allergien:	Ja	Nein		Ja	Nein
(Bitte legen Sie uns Ihren Allergiepass zum Kopieren vor)					
Antibiotika-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere: _____

andere Erkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besteht oder bestand bei Ihnen eine Tumorerkrankung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? (Bisphosphonate: bei Osteoporose oder Tumorerkrankung, z. B. halbjährliche Spritze)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Krankheiten: _____
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Gern können Sie uns auch Ihren **Medikamentenplan** vorlegen.

Weitere Angaben:	Ja	Nein		Ja	Nein
Sind Sie schwanger? (SSW:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über 10 Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen, und versichere, alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen mitzuteilen.

Leipzig, den _____

Unterschrift _____