

ANAMNESE (PATIENT INFORMATION AND MEDICAL HISTORY FORM)

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Name , Vorname, Geb.-datum (name, date of birth): _____

Stehen sie in ärztlicher Behandlung (Are you in physician´s care?): _____

Behandelnder Arzt (name of your physician): _____

Bitte ankreuzen (please, tick one)

Herzerkrankungen (heart disease)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (circulatory diseases)

Hoher o. niedriger Blutdruck (high or low blood pressure)

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Zustand nach Herzinfarkt (condition after heart-attack)

Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
(do you take anti-coagulants)

Blutgerinnungsstörungen

Stoffwechselerkrankungen (metabolic disorder)

Zuckerkrankheit (diabetes)

Schilddrüsenerkrankung (disease of the thyroid gland)

Magen/Darmerkrankungen (stomach disorder)

Lungen- und Atemwegserkrankungen (lung or respiratory tract disease)

Asthma, Atemnot

Tuberkulose (Tuberculosis)

Lebererkrankungen (diseases of liver)

Haben Sie eine Allergie (allergies)?

(Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten
(hypersensitivity to medication)

Welche (which)? _____

Rheuma

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht?

Leiden Sie unter einer anderen nicht aufgeführten Krankheit
(Do you suffer from any disease which is not listed)?

Welche (which)? _____

Sind Sie schwanger (Are you pregnant)?

Schwangerschaftswoche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Are you presently taking medication)?

Welche (which)? _____

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden

Danke für Ihre Angaben (Thank you for your information)

Datum (date), Unterschrift (signature)