Praxisklinik für MKG-Chirurgie
Dr. Lars Anders
Stephanstraße 14
18055 Rostock

Allgemeiner Anamnesebogen

Datum: ……

Name: …….. Vorname: …….. Geb.-Datum: …….

Adresse: ……..

Tel.: …… E- Mail……..

Krankenkasse: ……

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

1.	Befinden Sie sich aktuell in stationärer Behandlung?	□ ja □ nein
2.1.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ……. ……. ……. ……. …….	□ ja □ nein
2.2.	Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (bspw. Marcumar, Falithrom, ASS, Iscover, Plavix o.a.)? Wenn ja, welche? ……	□ ja □ nein
2.3.	Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? ……	□ ja □ nein
3.	Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, wogegen? ……... Haben Sie einen Allergiepass?	□ ja □ nein
4.1.	Haben Sie Erkrankungen des Herzens? Wenn ja, welche? □ Angeborene oder erworbene Herzfehler □ Herzrhythmusstörungen □ Herzklappenfehler o. Herzklappenprothese □ Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) □ Herzoperationen □ Stentimplantationen Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?	□ ja □ nein □ ja □ nein
4.2.	Leiden Sie an anderen Herz-/ Kreislauferkrankungen? Durchblutungsstörungen des Herzens/ Angina pectoris Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Schlaganfall?	□ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein

5.	Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? - Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? - Lebererkrankungen? - Erkrankungen der Nieren? - Zuckererkrankung/ Diabetes? - Anfallsleiden? - Schilddrüsenerkrankungen? - Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? - Asthma und anderen Lungenerkrankungen? - Nerven- und Gemütserkrankungen? - Magen-/Darmerkrankungen?	□ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein
6.	Leiden Sie an Osteoporose? Nehmen Sie knochenaufbauende Medikamente ein?	□ ja □ nein
7.	Leiden oder litten Sie an bösartigen Tumorerkrankungen? Findet oder fand eine chemotherapeutische Behandlung statt? Haben Sie sog. „Knochentröpfe“ erhalten?	□ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein
8.	Liegen andere, hier nicht abgefragte Erkrankungen vor? Wenn ja, welche? ……. (Organtransplantationen, Immunsuppressionen?)	□ ja □ nein
9.	Konsumieren Sie täglich □ Zigaretten oder □ Alkohol?	□ ja □ nein
10.	Haben Sie örtliche Betäubungen bspw. beim Zahnarzt immer gut vertragen?	□ ja □ nein
11.	Kam es nach Operationen bei Ihnen zu Nachblutungen?	□ ja □ nein
12.	Wann sind Sie das letzte Mal am Kopf/ an den Zähnen geröntgt worden? Wo: …… Haben Sie einen Röntgenpass?	Monat …….. Jahr …….. □ ja □ nein
13.	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	□ ja □ nein ……

Bitte nennen Sie uns Ihren

a) Hausarzt / Hautarzt

…….
…….
…….

b) Zahnarzt

……
……
……

O Meine Einwilligung zur Offenbarung patientenbezogener Daten liegt vor.
Ich bin damit einverstanden, dass ich bei Terminverschiebungen oder zur Erinnerung an Wiedervorstellungstermine angerufen bzw. angeschrieben werde. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

O Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Bilder und/ oder Videos von mir gemacht und gespeichert werden sowie zur Veröffentlichung (ohne Namensnennung) verwendet werden dürfen. Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift: