

Allgemeinmedizinische Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

Allgemein

Alter _____
Größe _____
Gewicht _____
Beruf _____

Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? JA NEIN
Könnten Sie schwanger sein? JA NEIN
Stillen Sie? JA NEIN

Genussmittelkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN
Wenn JA, was und wie viel?

Rauchen Sie? JA NEIN
Wenn JA, wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig Betäubungsmittel? JA NEIN
Wenn JA, was und wie viel?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente? JA NEIN
Wenn JA, welche und in welcher Dosis?

Bluttransfusion

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? JA NEIN
Wenn JA, kam es dabei zu Komplikationen? JA NEIN
Haben Sie vor dem jetzigen Eingriff Blut gespendet? JA NEIN

Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Gerinnungsstörungen?
Entstehen von blauen Flecken / Nasenbluten JA NEIN
Blutarmut (Anämie) JA NEIN

Herz-/Kreislaufsystem

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-/Kreislaufferkrankungen?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzschwäche (Herzinsuffizienz) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzfehler | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (Brustschmerzen) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Herzmuskelentzündung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Erhöhter / erniedrigter Blutdruck | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Krampfadern (Varizen) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Thrombose / Embolie (Schlaganfall) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | |
-

Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten?

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hepatitis | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose (Tbc) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| HIV-positiv (AIDS) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | |
-

Schilddrüsenenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der genannten Schilddrüsenenerkrankungen?

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schilddrüsenvergrößerung / Kropf | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsen-Über-/Unterfunktion | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
-

Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen?

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes mellitus | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Gicht / Porphyrie | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | |
-

Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen?

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verstärkte Blutung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Abszesse / Eiterungen / Fisteln | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Verzögerte Heilung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Verstärkte Narbenbildung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Thrombose / Embolien | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Besonderheiten: | | |
-