

Anamnese-Fragebogen vor Eingriffen

Für die Patientin, den Patienten:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, damit mögliche Risiken erkannt bzw. diesen vorgebeugt werden kann.

Wenn sich beim Ausfüllen Fragen ergeben, so sind wir Ihnen gerne behilflich. Sprechen Sie uns in diesem Fall bitte an.

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Nehmen Sie Medikamente (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel [z. B. Marcumar, Aspirin] Beruhigungsmittel, Schlafmittel) ein? oder: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Liegt bei Ihnen eine Herz-Kreislauf-Erkrankung(z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler) vor? oder: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder reagieren Sie überempfindlich auf Schmerzmittel, Betäubungsmittel, Nahrungsmittel (z.B. tierischer Herkunft), Medikamente, Pflaster, Latex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Leiden Sie häufig an Infektionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung (Keloide)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit (z.B. chronisches Gelenk- oder Weichteilrheuma, Morbus Crohn)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Sind Sie Raucher/in? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Setzen Sie sich natürlicher und/oder künstlicher Sonnenbestrahlung aus? Wie oft und wie lange? () 1x in der Woche () mehr als 1x in der Woche () 1x im Monat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Hatten Sie schon einmal Herpes (Lippenbläschen) an der Stelle, an der die Injektion durchgeführt werden soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Bekamen Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Patientenname (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift des Patienten Datum: _____