

# Anamnese

## Gesundheitsfragebogen :

Die Fragen dieses Gesundheitsbogens dienen der Risikoabklärung. In Ihrem eigenen Interesse und zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie diese Fragen gewissenhaft beantworten. Nur dadurch ist eine komplikationslose Behandlung möglich.

Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, helfen wir Ihnen sehr gerne weiter.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name :	_____	Vorname :	_____
Strasse :	_____	PLZ / Ort :	_____
Geburtsdatum :	_____	Hausarzt :	_____
Beruf :	_____	Tel. (P) :	_____
Tel. (N) :	_____	Tel. (G) :	_____
Empfohlen von :	_____	Gestzlicher Ver. :	_____

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, warum ? _____		
<b>Nehmen Sie regelmässig Medikamente ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche ? _____		
<b>Vorerkrankungen :</b>		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV + (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk - Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere ernsthafte Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche ? _____		
<b>Allergien gegen :</b>		
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche ? _____		
Asthma / Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adrenalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Allergien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche ? _____		
<b>Besteht eine Schwangerschaft ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit !**

**Wichtiger Hinweis :** Durch Injektionen (Spritzen) kann die normale Reaktionsfähigkeit erheblich herabgesetzt werden. Um Fehlverhalten im Strassenverkehr zu vermeiden, dürfen Sie unmittelbar nach einer Behandlung nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen.

Die vereinbarten Termine Werden ausdrücklich für Sie freigehalten, Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig (mindestens 48 Stunden vorher) abzusagen. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass bei Nichterscheinen eine Ausfallgebühr geltend gemacht werden kann.

Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_