

Patientenfragebogen Anamnese

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.

- 1 Nehmen Sie Medikamente (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel [z. B. Marcumar, Aspirin], Beruhigungsmittel, Schlafmittel) ein? Nein
 Ja
oder:
- 2 Liegt bei Ihnen eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler) vor? Nein
 Ja
oder:
- 3 Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? Nein
 Ja
- 4 Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder reagieren Sie überempfindlich auf Schmerzmittel, Betäubungsmittel, Nahrungsmittel (z.B. tierischer Herkunft), Medikamente, Pflaster, Latex? Nein
 Ja
oder:
- 5 Leiden Sie häufig an Infektionen? Nein
 Ja
- 6 Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung (Keloide)? Nein
 Ja
- 7 Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit (z.B. chronisches Gelenk- oder Weichteilrheuma, Morbus Crohn)? Nein
 Ja
- 8 Sind Sie Raucher/in? Nein
 Ja
- 9 Wie oft und wie lange setzen Sie sich natürlicher und/oder künstlicher Sonnenbestrahlung aus? Nein
 Ja

() 1x in der Woche () mehr als 1x in der Woche () 1x im Monat
- 10 Hatten Sie schon einmal Herpes (Lippenbläschen) an der Stelle, an der die Injektion durchgeführt werden soll? Nein
 Ja
- 11 Bekamen Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung ? Nein
 Ja

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Patientenname (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____