



Anamnesebogen

Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie / gegen was <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen / HIV |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen / Hämophilie | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Depression / Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen: | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz / Herz-OP | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung / Bestrahlung / |
| <input type="checkbox"/> Hoher oder niedriger Blutdruck | Chemotherapie |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein ja

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

- nein ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- nein ja

Rauchen Sie?

- nein ja

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- nein ja