

Anamnese

Name, Vorname: _____

	Ja	Nein
Ich habe seit längerem eine offene Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits eine Infektion mit MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide an einer entzündlichen Durchfallerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe / hatte eine Hepatitis-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe / hatte eine HIV-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide am Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Blutergüssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wird es nach Narkosen immer schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zigaretten am Tag?		
Ich trinke regelmäßig Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war in den vergangenen 6 Monaten in Asien oder Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme folgende Medikamente ein:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Anamnese

Ich bin wegen folgenden Erkrankungen ständig in ärztlicher Behandlung:

1.

2.

3.

4.

5.

Ich bin allergisch gegen:

1.

2.

3.

4.

5.

Bitte nennen Sie die Kontaktperson/-en, die wir über Sie informieren dürfen:

1.

2.

3.

4.

5.
