

	Internes Dokument	Dok Nr. QS-ID-017
	Anamnesebogen	Stand Dez. 2022
		Revision 025

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Haus-/Kinderarzt: Dr. _____

Bestehen bei Ihnen oder Ihrem Kind chronische Erkrankungen?

Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Ja:

Bluthochdruck

Diabetes mellitus Typ I (insulinpflichtig) Typ II

Lebererkrankungen, welche _____

Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Zustand nach Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzrhythmusstörung,...) _____

Schilddrüsenerkrankungen _____

Nierenerkrankungen _____

Andere (z.B. Z.n. Krebserkrankungen, Chemotherapien/Bestrahlungen, Operationen, Asthma, Parkinson, HIV, Neurodermitis,...) _____

Welche Medikamente nehmen Sie oder Ihr Kind regelmäßig ein?

Bestehen bei Ihnen oder Ihrem Kind Allergien?

Nein

Ja, auf

Medikamente, welche _____

Heuschnupfen _____

Sonstige _____

Ihr Beruf: _____

Für unsere weiblichen Patienten: Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft:

Nein

Ja, _____ SSW

Stillen? Ja / Nein

Telefonnummer, wo man Sie tagsüber erreichen kann:

Priv: _____ geschäftlich: _____ Mobil: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

QS-Vermerk:	Druckdatum:	04.2014	Seite 1 von 1
Dateiname:	C:\Users\User\Documents\Arbeit- Webprojekte von IT-Muehle -\HNO Tine Vogelgsang\Anamnesebogen.doc		