



Dr. med. J. Helfrich

Chirurgie/ Unfallchirurgie/ Orthopädie/ Sportmedizin/ Fußchirurgie/ D- Arzt

Dr. med. A- Loos-Pollinger

Handchirurgie

S. Schneider

Unfallchirurgie/ Orthopädie/ Sportorthopädie/ D- Arzt

Anamnesebogen

Name / Vorname: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ Beruf: _____

1. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

1.1. Zuckerkrankheit/ Diabetes

ja

nein

1.2. Herzerkrankung

ja

nein

1.3. Bluthochdruck

ja

nein

1.4. Krebs

ja

nein

1.5. Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC)

ja

nein

Wenn ja, Welche?

2. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung

ja

nein

Wenn ja welche?

3. Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja welche? Alternativ geben Sie uns bitte Ihren Medikationsplan

4. Bestehen Allergien?

ja

nein

Wenn ja welche (Bitte Allergiepass vorlegen)?

5. Bei offenen Verletzungen – besteht Tetanusimpfschutz?

Tetanus (Impfschutz 10 Jahre)

ja

weiß ich nicht

nein

Datum

Unterschrift