

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb.

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf - wichtig für Anamnese !

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

Gegenwärtige Beschwerden, \_\_\_\_\_  
bzw.Grund des Arztbesuches: \_\_\_\_\_

Seit wann aufgetreten: \_\_\_\_\_

▼ Wichtige Vorerkrankungen /Operationen

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc u.a.): \_\_\_\_\_

Innere Krankheiten (Diabetes, Erkrankungen des Herz-Kreislaufs, der Schilddrüse,  
des Magen-Darm-Traktes; Gicht, Glaukom, Krebsleiden u.a.) bekannt ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Operationen: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Arzneimittelunverträglichkeiten/Allergien: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ?  ja  nein  
(ASS 100/ Falithrom/ Xarelto/ Eliquis/ Clopidogrel/ Godamed o.ä.)

Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

Aktueller Blutdruck bekannt? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift des Patienten: