

Anamnesebogen

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Facebook (evtl.): _____

1) Hast oder hattest du eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein
a) Allergische Reaktionen / Allergien, wenn ja, welche:		
b) Kreislaufbeschwerden		
c) Herzschwächen / Herzkrankheiten		
d) Blutgerinnungsstörung		
e) Zuckerkrankheiten		
f) TBC		
g) Hepatitis		
h) HIV		
i) Herpes		

2) Medikamente

	Ja	Nein
a) Hast du eine Unverträglichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, welche?		
b) Hast du in den letzten 24 Stunden blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen? (Aspirin, ASS,...)		
c) Hast du in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken oder Drogen konsumiert?		

3) Für Frauen:

	Ja	Nein
a) Bist du zur Zeit schwanger?		
b) Stillst du momentan?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner gemachten Angaben und dass ich nicht unter Drogen oder Alkoholeinfluss stehe.

Langquaid,

.....
Unterschrift Kunde / Kundin

