

# Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Nehmen Sie/Ihr Kind **Medikamente** Nein Ja ein?

Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar®, Aspirin®), Schlafmittel, Abführmittel, Kortison

oder: \_\_\_\_\_  
Falls Sie einen **Marcumarausweis** besitzen, bitte vorlegen.

2. Bestehen oder bestanden **folgende Erkrankungen** oder **Anzeichen dieser Erkrankungen**?

**Kreislauf:** zu hoher Blutdruck oder zu niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Herz:** Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Niere:** Dialyse, Nierensteine Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Zuckerkrankheit (Diabetes) Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_  
Falls Sie einen **Diabetikerausweis** besitzen, bitte vorlegen

**Sonstige Erkrankungen:** z.B. Epilepsie, Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenenerkrankungen, Hauterkrankungen Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Blut:** häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Allergie:** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder **Unverträglichkeit** von Kunststoffen, Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Iod Nein Ja

oder: \_\_\_\_\_  
Falls Sie einen **Allergieausweis** besitzen, bitte vorlegen.

3. Haben Sie/Ihr Kind häufig **Infektionen**? Nein Ja

↑ Perforationslinie zum Abtrennen ↑

