

Vorname:.....

Nachname: .....

Adresse: .....

Tel: .....

SVNR: ..... Geb. Datum: .....

## Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen wahrheitsgetreu aus und geben Sie ihn am Schalter ab. Er wird an unseren Arzt weitergeleitet.

Haben Sie/Hatten Sie...	ja	nein	Wann/welche/Anmerkungen
Metallteile im Körper?			
Einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes elektronisches Gerät (Nervenstimulator, Defibrillator, Tiefenhirnstimulation)?			
andere Operationen außer Blinddarm und Mandeln?			
Eine Krebserkrankung?			
Einen Herzinfarkt?			
Einen Schlaganfall?			
Thrombose oder Lungeninfarkt?			
Erhöhtem Blutdruck?			
Diabetes?			
Asthma?			
Chronische oder angeborene Erkrankungen?			
Allergien?			
Nehmen Sie ständig oder wiederkehrend Medikamente (auch Spritzen und Infusionen)?			
Eine Infektionskrankheit?			
Epilepsie?			
Frauen: Sind Sie schwanger?			
Osteoporose?			
Knochenbrüche?			

Datum ..... Unterschrift des Patienten/der Patientin .....