

Anamnesebogen

Name, Vorname, Geb.Datum

Tel-Nr:

Beruf:

Mit E-Rezept-Versand per E-Mail bin ich einverstanden

ja

nein

Meine E-Mail-Adresse _____

Operationen/welche

ja

nein

Allergien/welche

ja

nein

Es wurde bislang eine spezifische Immuntherapie,
die Sensibilisierung oder Hyposensibilisierung durchgeführt:
wenn ja: wann? Und gegen welche Allergene?

ja

nein

Unverträglichkeiten von Medikamenten
zum Beispiel Penicillin Allergie, örtliche Betäubungsmittel,
Lokalanästhetika

ja

nein

Herzerkrankungen/welche

ja

nein

Hoher Blutdruck

ja

nein

Blutgerinnungsstörungen

ja

nein

Lungenerkrankungen (zum Beispiel Asthma bronchiale)

ja

nein

Magen-Darm-Erkrankungen

ja

nein

Lebererkrankungen

ja

nein

Nierenerkrankungen

ja

nein

Neurologische Erkrankungen

ja

nein

Krebserkrankungen

ja

nein

Lymphome

ja

nein

Gefäßerkrankungen

ja

nein

Stoffwechselerkrankungen:

ja

nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja

nein

Zuckererkrankung(Diabetes mellitus)

ja

nein

Hepatitis

ja

nein

HIV

ja

nein

Bei Frauen:

Besteht derzeit eine Schwangerschaft

ja

nein

ich stille derzeit

ja

nein

Ich nehme folgende Medikamente (auch Kontrazeptivum) derzeit ein:

Unterschrift