

Klinik / Praxis

Patientendaten:



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie vor dem Gespräch mit dem Arzt die folgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) sorgfältig aus und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise und helfen dem Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden zu finden und die richtigen Untersuchungen bzw. Behandlungen auszuwählen.

Geschlecht: m / w, **Alter:** _____ **Jahre, Gewicht:** _____ **kg, Größe:** _____ **cm**

Höchster Bildungsabschluss:

- kein Schulabschluss, Hauptschulabschluss,
 Realschulabschluss, (Fach-)Abitur, Hochschulabschluss, _____

Beruf:

- kaufmännische Branche, Handwerk,
 Industriearbeiter, IT-Branche, Gesundheitsbranche,
 Rechtsprechung, Wissenschaft&Labor,
 Lehrtätigkeit, Ruhestand/Pension, _____

Familienstand:

- verheiratet, verwitwet, ledig, geschieden,
 eheähnliche Gemeinschaft

Haben Sie Kinder?

eins, zwei drei, vier, mehr ja nein

Sprechen Sie mehrere Sprachen?

Deutsch, Englisch Russisch, Türkisch,
 Französisch, Italienisch _____ ja nein

Welche Sprache bevorzugen Sie?

- Deutsch, Englisch Russisch, Türkisch,
 Französisch, Italienisch, _____

Aktueller Vorstellungsgrund:

Haben Sie aktuell Beschwerden? ja nein

Wie beurteilen Sie Ihre Beschwerden?

- nicht störend, wenig störend, sehr störend.

Welche Körperregion soll untersucht werden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Mittelgesicht/Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Lunge/Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> Bauch-/Beckenorgane | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (Hals-/Brust-/Lendenwirbelsäule) | |
| <input type="checkbox"/> Becken/Hüfte | <input type="checkbox"/> Oberschenkel |

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> Fuß |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Oberarm |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Unterarm |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Ganzkörper | <input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

Leiden Sie unter Schmerzen?

ja nein

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Unterbauch | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| Hals | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Schulter | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Oberarm | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Ellenbogen | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Unterarm | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Handgelenk | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Hand | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Brust | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Becken/Hüfte | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Oberschenkel | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Knie | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Unterschenkel | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Fuß | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |

Seit wann?

- heute, 1 Tag - 1 Monat
 1 Monat - 1 Jahr, länger als 1 Jahr

Schmerzintensität (von 1=kein Schmerz bis 10=stärkster Schmerz)?

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Haben Sie eine ungewöhnliche knotige Veränderung an Ihrem Körper festgestellt?

ja nein

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Unterbauch | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| Hals | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Schulter | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |

- | | | |
|---------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Achsel | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Oberarm | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Ellenbogen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Unterarm | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Handgelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Hand | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Brust | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Leiste | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Becken/Hüfte | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Oberschenkel | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Knie | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Unterschenkel | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Fuß | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |

Seit wann?

- heute, 1 Tag - 1 Monat
 1 Monat - 1 Jahr, länger als 1 Jahr

Wurden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden schon behandelt oder untersucht? ja nein

Wenn ja, welche Untersuchung/Behandlung erfolgte?

Bildgebende Untersuchungen? ja nein

- CT-Untersuchung, MRT-Untersuchung, Röntgen

Operative Behandlung? ja nein

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate
 6 Monate - 1 Jahr, 1 Jahr - 5 Jahre, 5 Jahre - 10 Jahre
 mehr als 10 Jahre

Fühlen Sie sich abgeschlagen oder müde? ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate

Müssen Sie öfter husten? ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate
 mit Auswurf, Schmerzen, Blut.

Leiden Sie an Atemnot? ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate

- unter geringer Belastung unter starker Belastung,
 in Ruhe

Leiden Sie öfter an Übelkeit? ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate

Haben Sie Schluckbeschwerden? ja nein

Seit wann?

- heute, 1 Tag - 1 Monat
 1 Monat - 1 Jahr, länger als 1 Jahr

Leiden Sie unter Schwindelanfällen? ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate

Haben Sie Verdauungsprobleme? ja nein

- Völlegefühl nach dem Essen, Aufstoßen,
 Sodbrennen, Blähungen, Erbrechen,
 Häufige Durchfälle/Verstopfung

Allgemeine Risikoanamnese:**Haben Sie früher geraucht?** ja nein

Seit wie vielen Jahren Nichtraucher? _____

Wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____

Wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag:

- 1-5, 5-10, 10-20, 20-40, mehr als 40

Rauchen Sie derzeit? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag:

- 1-5, 5-10, 10-20, 20-40, mehr als 40

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

1-2 mal, 3-5 mal, 6-7 mal pro Woche

1/2 ltr. Bier oder 1/4 ltr. Wein oder 1 Schnaps,

1 ltr. Bier oder 1/2 ltr. Wein oder 2 Schnäpse,

mehr

Nehmen oder nahmen Sie früher Drogen? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Treiben Sie Sport? ja nein

unregelmäßig (seltener als einmal die Woche),

regelmäßig (mindestens einmal pro Woche),

Leistungssport

Wie hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 6 Monaten entwickelt?

konstant, zugenommen: _____ kg

abgenommen: _____ kg

gewollt ungewollt

Schwitzen Sie ungewöhnlich viel? ja nein

nachts, morgens, tagsüber.

Seit wann?

1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,

1 Monat - 6 Monate, 6 Monate - 1 Jahr,

länger als 1 Jahr

Haben Sie Fieber? ja nein

Wenn ja, seit wann: weniger als 1 Woche,

1 Woche - 1 Monat, länger als 1 Monat

Im Tagesverlauf konstant? ja nein

Maximale Höhe: weniger als 38°C, 38°C - 39°C,

39°C - 40°C, mehr als 40°C

CT-Anamnese:**Haben Sie schon einmal eine Computertomographie, z. B. bei einem früheren Krankenhausaufenthalt, erhalten?** ja nein

Wenn ja, wann?

innerhalb der letzten Woche, vor 1 Woche - 1 Monat,

vor 1 Monat - 6 Monate, vor 6 Monate - 1 Jahr,

länger als 1 Jahr zurückliegend

Wenn ja, wo?

Uniklinikum Erlangen, _____

Welche Region(en) Ihres Körpers wurden hierbei untersucht?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Mittelgesicht/Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Lunge/Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> Bauch-/Beckenorgane | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (Hals-/Brust-/Lendenwirbelsäule) | |
| <input type="checkbox"/> Becken/Hüfte | <input type="checkbox"/> Oberschenkel |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> Fuß |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Oberarm |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Unterarm |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Ganzkörper | <input type="checkbox"/> weiß ich nicht |

Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten? ja nein

- Spritze, oral (getrunken), rektal (Einlauf)
Ergaben sich dabei Komplikationen? ja nein

Wenn ja, welche?

- gering (Übelkeit, Juckreiz, Hautrötung, Schmerz an Injektionsstelle)
 mittel (Erbrechen, Atemnot, Hautschwellung (Quaddel))
 schwer (Schock, Bewusstlosigkeit, Herz-/Atemstillstand, Herzrhythmusstörungen)

Allgemeine Krankheitsanamnese:

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

- Unterfunktion
 Überfunktion
 Knoten
 Kropf
 Entzündung
 Schilddrüsenoperation
 Schilddrüsenkrebs
 Basedowsche Krankheit

Sonstiges: _____

Ist eine Radiojodtherapie geplant? ja nein

Ist der TSH-Wert (fT3 und fT4) bekannt? ja nein

Wenn ja, bitte eintragen:

TSH: _____, fT3: _____, fT4: _____

Nierenerkrankungen? ja nein

- Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)
 Nierenentzündung
 Nieren- oder Harnleitersteine
 dialysepflichtige Nierenerkrankung
 Blut im Urin
 Nieren-OP
 Plasmozytom

Sonstiges: _____

Ist der Kreatinin-Wert/GFR bekannt? ja nein

Wenn ja, bitte eintragen:

Kreatinin: _____, GFR/eGFR: _____

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

- Medikamente
 Lebensmittel
 Kontrastmittel
 Jod
 Pflaster
 Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon)
 Pollen (Gräser, Bäume)
 Betäubungsmittel,
 Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, beim Tragen von Modeschmuck oder an Hosennieten)

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Fruchtzuckerunverträglichkeit
 Gicht

Sonstiges: _____

Sind Sie schwanger? nicht sicher ja nein

Stillen Sie? ja nein

Haben Sie Metalle oder Implantate im Körper? ja nein

Schrauben, Platten, Nägel:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brustkorb/Rippen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |

künstliche Gelenke:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |

- Herzschrittmacher/Defibrillator
 Gefäßstützen (Stents), Gefäßclips, Herzklappenersatz
 elektrische Stimulationsgeräte
 Medikamentenpumpen (z. B. Insulinpumpe)
 Verhütungsspirale
 Zahnimplantate

Sonstiges: _____

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? ja nein

- Luftnot beim Treppensteigen
 Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge)
 Hoher Blutdruck
 Herzfehler
 Niedriger Blutdruck
 Herzklappenerkrankung
 Schlaganfall
 Herzmuskelentzündung
 Krampfadern
 Herzrhythmusstörungen
 Venenentzündung
 Herzinfarkt
 Thrombose

- Herzinnenhautentzündung
- Embolie
- Gefäßaussackung (Aneurysma) im Gehirn
- Aussackung der Brust- oder Bauchschlagader (Aortenaneurysma)
- Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator)

Sonstiges: _____

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)? ja nein

- Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)
- Speiseröhrenkrebs (Ösophaguskarzinom)
- Magenkrebs (Magenkarzinom)
- Bauchspeicheldrüsenkrebs (Pankreaskarzinom)
- Darmkrebs/Rektumkarzinom
- Brustkrebs (Mammakarzinom)
- Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)
- Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)
- Prostatakrebs
- Lymphdrüsenkrebs (Lymphom)
- Blutkrebs (Leukämie)
- Gehirntumor
- Mundhöhlen-/Rachenkrebs (Pharynxkarzinom)
- Kehlkopfkarzinom (Larynxkarzinom)
- Hautkrebs (z.B. malignes Melanom)
- Tumor der Harnwege
- Lebertumor
- Nierentumor

Seit wann?

- heute, 1 Tag - 1 Monat
- 1 Monat - 1 Jahr, länger als 1 Jahr

Ist eine ausgeheilte Tumorerkrankung bekannt? ja nein

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Wann zuletzt?

- innerhalb der letzten 3 Monate
- vor mehr als 3 Monaten

Erhalten oder erhielten Sie eine Bestrahlung (Radio-Therapie)? ja nein

Wann zuletzt?

- innerhalb der letzten 3 Monate
- vor mehr als 3 Monaten

Welcher Bereich wurde bestrahlt?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Unterbauch | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| Brust/Thorax | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Hals | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Schulter | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Oberarm | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Ellenbogen | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Unterarm | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Handgelenk | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Hand | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Becken/Hüfte | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Oberschenkel | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Knie | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Unterschenkel | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Sprungelenk | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Fuß | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |

Erkrankung des Nervensystems? ja nein

- Gehirnerkrankungen oder -verletzungen
- Lähmungen
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Multiple Sklerose
- Erhöhter Hirndruck (Hydrozephalus)
- Nerven-/Gemütskrankheiten
- Parkinsonkrankheit
- Gehirnerschütterung

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

- Hepatitis
- Tuberkulose
- HIV

Sonstiges: _____

Wenn ja, ausgeheilt? ja nein

Erkrankung der Atemwege/Lungen? ja nein

- Asthma
- Lungenentzündung
- Rippen-/Lungenfellentzündung
- Lungenemphysem (Lungenblähung)
- starkes Schnarchen (Schlafapnoe)
- Stimmband-Zwerchfelllähmung
- Mukoviszidose
- Chronische Bronchitis
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Sonstiges: _____

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

- Reizdarm
- Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Magenschleimhautentzündung
- Engstelle im Verdauungstrakt
- Magengeschwür
- Sodbrennen
- Zwölffingerdarmgeschwür
- chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

Sonstiges: _____

Lebererkrankungen? ja nein

- Gallensteine
- Gelbsucht
- Leberzirrhose (Leberverhärtung)
- Fettleber
- erhöhte Blutfettwerte
- Leberentzündung

Sonstiges: _____

Hauterkrankungen? ja nein

- Neurodermitis
- Schuppenflechte

Sonstiges: _____

Erkrankungen der Harnorgane? ja nein

- Blasensteine
- Blasenentzündung

Sonstiges: _____



Erkrankungen der Geschlechtsorgane? ja nein

- Chronische Eileiter-/Eierstockentzündung
 Endometriose
 Prostatavergrößerung (Probleme beim Wasserlassen)
 Hodenentzündung
 Prostatentzündung

Sonstiges: _____

Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (auch bei Blutsverwandten)? ja nein

- Rheuma
 Gelenkverschleiß (Arthrose)
 Schulter-Arm-Syndrom
 Wirbelsäulenbeschwerden
 Muskelschwäche (z. B. Myasthenia gravis)
 Neigung zur überhöhten Körpertemperatur
 Osteoporose
 Angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs

Sonstiges: _____

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

- Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung, verstärkte oder verlängerte Regelblutung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?** ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

Wurden Sie bereits früher operiert? ja nein

Was wurde operiert?

- Gallenblasenentfernung wann _____
 Blinddarmentfernung wann _____
 Magen-/Darm-/Enddarmoperation wann _____
 Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse wann _____
 Lungenoperation wann _____
 Herzoperation wann _____
 Operation der Hauptschlagader wann _____
 Operation der Beinarterien wann _____
 Halsoperation wann _____
 Brustoperation wann _____
 gynäkologische Operation im Becken wann _____
 Prostataoperation wann _____
 op. Knochenbruchbehandlung wann _____

Sonstiges: _____ wann _____

Wo?

 Uniklinikum Erlangen, _____**Familiäre Vorbelastung?** ja nein

Erkrankungen	hoher Blutdruck	Schlaganfall	Herzinfarkt	Zucker (Diabetes)	Krebs
der Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					
des Vaters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					
der Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					
der Kinder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					

Angaben zur Medikamenteneinnahme:**Nehmen Sie Schilddrüsenhormone ein?** ja nein

- L-Thyrox®, L-Thyroxin®, Euthyrox®,
 Eferox®, Thiamazol®, Carbimazol®,
 Irenat®.

Sonstiges: _____

Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein? ja nein

- Spritzen (Insulin)
 metforminhaltige Tabletten

Sonstiges: _____

Benötigen Sie regelmäßig **blutgerinnungshemmende Mittel** oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein

- Aspirin® (ASS), Heparin, Marcumar®,
 Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Xarelto®,
 Eliquis®, Pradaxa®.

Sonstiges: _____

Wann war die letzte Einnahme?
_____Benötigen Sie regelmäßig Medikamente gegen **hohen Blutdruck oder Herzrhythmusstörungen?** ja nein

- Digitalis, Verapamil, Betablocker,
 Amiodaron, Multaq®.

Sonstiges: _____

Besteht eine erhöhte Infektanfälligkeit? ja nein**Leiden Sie an Schnupfen?** ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate

Leiden Sie unter einer Nasenatmungsbehinderung? ja nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche, 1 Woche - 1 Monat,
 1 Monat - 6 Monate, länger als 6 Monate

 links rechts gering mittel ausgeprägt

Ergänzungen des Arztes:

Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Wie sind Sie mit den Inhalten der Fragen zurechtgekommen?

sehr gut, gut, weniger gut, schlecht

Wie sind Sie mit der Bedienung des Tablets zurechtgekommen?

sehr gut, gut, weniger gut, schlecht

Wie beurteilen Sie den Umfang des Fragebogens?

zu kurz/oberflächlich, genau richtig, zu lang/ausführlich

Wie lange dauerte die Beantwortung der Fragen?

kürzer als 10 Min, 10-20 Min,
 20-40 Min, länger als 40 Minuten

