



Anamnese

Name, Vorname

geb. am

Handynummer: _____ **Bitte Beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.**

- Haben Sie eine Allergie oder Überempfindlichkeit?

☐ nein ☐ ja gegen: _____

- Haben Sie Asthma oder eine sonstige chronische Atemwegserkrankung?

☐ nein ☐ ja

- Haben Sie früher schon einmal überempfindlich (z.B. mit Hautausschlag, Unwohlsein) auf Betäubungs-, Narkose- und Kontrastmittel reagiert?

- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

- Haben Sie eine Herz-Kreislauferkrankung, wie erhöhten Blutdruck, Angina Pectoris, vorheriger Herzinfarkt?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

- Haben Sie eine akute oder chronische Infektionskrankheit, wie HIV, Hepatitis, Tuberkulose oder eine andere?

☐ nein ☐ ja und zwar: _____

- Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

- Kam es dabei oder im Alltag zu verstärkter Blutung, Abszessen, Fistelbildung, Wundheilstörungen, verstopften Blutgefäßen?

☐ nein ☐ ja: _____

- Sonstige Vorerkrankungen?

☐ nein ☐ ja: _____

- Wer ist Ihre Begleitperson bzw. die Person, die Sie nach Hause bringt? (Vorname, Nachname, Telefon)

Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein.

Ich habe den vorliegenden Text gelesen und verstanden.

Die 12stündige Einschränkung zur Teilnahme am Straßenverkehr und beim Bedienen von Maschinen nach der Untersuchung ist mir bewusst

Datum

Unterschrift Patient

Falls zutreffend bei Patienten: Ggf. Unterschrift eines Zeugen oder des gesetzlichen Betreuers