



Dr. Keßler & Dr. Regener

## Anamnesebogen

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und leserlich schreiben!**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Festnetznummer \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  Nein  Ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutverdünner ein (z.B. ASS/Aspirin, Marcumar, Xarelto...)  Nein  Ja:

\_\_\_\_\_

Sind Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?  Nein  Ja:

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Bluthochdruck  Nein  Ja

Herz-Erkrankung  Nein  Ja

Diabetes  Nein  Ja

Asthma/COPD  Nein  Ja

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)  Nein  Ja

Tumorerkrankung  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Wurden bereits Operationen im HNO-Bereich durchgeführt?  Nein  Ja:

\_\_\_\_\_

Besteht Schwangerschaft / Stillzeit?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja