

Last name:	First name	Date of birth:
<i>Nachname</i>	<i>Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
Adresse:		
Phonenumber/Mobile Number:		
Do you have an Health insurance? Yes with		
<i>Ist eine Versicherung vorhanden? Wenn ja, welche</i>		no..... <i>nein</i>
Height :		Weight:
<i>Körpergröße</i>		<i>Gewicht</i>

Dear patient,

Please fill in the attached questionnaire. Be so kind and answer all questions completely, regardless or whether you consider them important for your current problem or not. This questionnaire helps us treat you in the very best way.

Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht. Diese Fragen helfen uns Sie bestmöglichst zu behandeln.

	Yes	No
Do you smoke? How much? <i>Rauchen Sie? wie viel?</i>		
Are you taking medication on a regular Basis? If so, wich one? <i>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?</i>		
Are you taking any medicine to help make your blood thinner? To block? (i. e. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)? If yes, which ones? <i>Nehmen Sie Blutgerinnungsmedikamente ein? Wenn ja, welche?</i>		
Are there any medicaments that you don't tolerate? If so, wich ones? <i>Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wann ja welche?</i>		
Do you have any of the following allergies? -Allergy to penicillin? -Allergy to iodine? -Allergy to latex? <i>Haben Sie eine Penicillinallergie? Jodallergie? Latexallergie</i>		

	Yes	No
<p>Do or did you have any heart disease? -Congenital or acquired heart defect? -Heart valve defect or prosthetic heart valve? -Endocarditis (Inflammation of heart tissues)? -Heart surgery? -Do you have a pacemaker?</p> <p><i>Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Angeborener oder erworbener Herzfehler? Herzklappenfehler- oder Prothese? Herzinnenhautentzündung? Herzoperationen? Haben Sie einen Herzschrittmacher</i></p>		
<p>Do or did you have one of the following diseases (see list below)? <i>Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten</i></p> <p><i>-Contagious diseases? (i.e. Tuberculosis, Hepatitis, Aids?) Infektionskrankheiten</i></p>		
-Liver disease? Lebererkrankungen?		
-Heart disease (heart attack, angina pectoris?) Herzerkrankungen?		
-High blood pressure? Zu hoher Blutdruck?		
-Low Blood pressure? Zu niedriger Blutdruck?		
-Stroke? Schlaganfall?		
-Kidney diseases? Nierenerkrankungen		
-Diabetes ? Diabetes?		
-Thyroid diseases ? Schilddrüsenerkrankung?		
-Blood diseases? Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?		
-Nerve diseases? Nervenerkrankungen?		
-Spasm attacks? (i.e. Epilepsy)? Anfallsleiden		
<p>Are there hereditary, tumors or metabolism (e.g. diabetes) diseases in your family?</p> <p><i>Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z.B. Zucker)</i></p>		
<p>Did you have any surgery in the last year (see list below)? If so, on which part of the body?</p> <p><i>Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Wenn ja, in welchem Körperbereich? (Siehe auch Liste)</i></p>		

Formblatt
Anamnesebogen Englisch

Rev : 02 / Stand: 05.05.2020 (DT 05.05.2020)

Achten Sie auf Ihre Gesundheit - Wir tun es auch



- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> heart • Herz | <input type="checkbox"/> stroke • Schlaganfall | <input type="checkbox"/> high blood pressure • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> thrombosis • Thrombose |
| <input type="checkbox"/> diabetes • Zucker | <input type="checkbox"/> thyroid gland • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> stomach • Magen | <input type="checkbox"/> gall bladder • Galle |
| <input type="checkbox"/> hepatitis • Hepatitis | <input type="checkbox"/> bowel • Darm | <input type="checkbox"/> appendicitis • Blinddarm | <input type="checkbox"/> haemorrhoids • Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> womb • Gebärmutter | <input type="checkbox"/> abrasio • Ausschabung | <input type="checkbox"/> cesarean • Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> kidney • Niere |
| <input type="checkbox"/> prostate • Prostata | <input type="checkbox"/> lung • Lunge | <input type="checkbox"/> asthma • Asthma | <input type="checkbox"/> bronchitis • Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> muscles • Muskeln | <input type="checkbox"/> bones • Knochen | <input type="checkbox"/> spine • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> joints • Gelenke |
| <input type="checkbox"/> rheumatism • Rheuma | <input type="checkbox"/> skin • Haut | <input type="checkbox"/> eyes • Augen | <input type="checkbox"/> tumor • Tumor |
| <input type="checkbox"/> chemotherapy • Chemotherapie | | | <input type="checkbox"/> radiation • Bestrahlung |

For women: Are you pregnant? If so, which month? <i>Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welchem Monat?</i>	Yes	No
---	------------	-----------

date: _____

signature: _____

patient or legal representative