

## ANAMNESE - FRAGEBOGEN

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummern:

|  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente, insbesondere örtliche Betäubungsmittel (Lokalanästhetika)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht eine Herzerkrankung?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leiden sie an Diabetes mellitus?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist Ihnen eine verstärkte Blutungsneigung bekannt?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Werden Sie zur Zeit mit blutverdünnenden Medikamenten behandelt?<br>Welche?                                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich bin mit der Durchführung der Therapie einverstanden?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ich bin mit der Informationsübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden?                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bei Frauen:<br>Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn Sie <u>nicht</u> mit Ihrem Namen aufgerufen werden wollen, wenden Sie sich bitte an die Anmeldung.        |                          |                            |
| Sind Sie gegen Covid 19 geimpft?<br>Wenn ja, wann?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie im Moment einen fieberhaften oder Corona-Infekt?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn Sie noch weitere Fragen haben zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken, fragen Sie bitte den untersuchenden Arzt.  
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich nach der Injektion ca. 30 Minuten in der Praxis bleiben und diese nur mit einer Begleitperson verlassen darf.

Ich wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass ich mindestens 8 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr o.ä. teilnehmen darf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich diese Anordnungen:

|                      |                              |       |
|----------------------|------------------------------|-------|
| Datum/ Unterschrift: | Patient/<br>Sorgeberechtigte | Arzt: |
|----------------------|------------------------------|-------|

**Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst und halten uns an die DSVO, diese hängt in unserem Wartezimmer zur Kenntnisnahme für sie aus.**