



Praxisklinik

Dr. med. René Föste

Plastische & Ästhetische Chirurgie

Allgemeine Anamnese

Sehr geehrte Patienten,

wir möchten Sie bitten sich ein paar Minuten Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens zu nehmen. Er stellt Fragen, die im Rahmen einer Operation oder ästhetischen Behandlung wichtig werden können. In einigen Punkten geht er darüber hinaus, was aber ausnahmslos Ihrer Sicherheit dient. Wichtig für uns ist, dass wir ein genaues Risikoprofil erstellen können. Im Anschluss werden wir diesen Gesundheitsfragebogen mit Ihnen im persönlichen Gespräch besprechen, sodass Sie fragliche Punkte gerne offen lassen und mit uns direkt klären können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und nur innerhalb der Praxis für Ihre Behandlung verwendet.

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen, von denen wir wissen müssten? Nachfolgend werden die wichtigsten angesprochen. Sollten Erkrankungen bestehen, die hier nicht aufgeführt sind, sprechen Sie uns bitte an.

Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Hoher Blutdruck? Ja Nein

Niedriger Blutdruck? Ja Nein

Diabetes mellitus Typ 1/2? Ja Nein

HIV (Aids)? Ja Nein

Hepatitis B/C? Ja Nein

Lungenerkrankungen, z.B. Asthma? Ja Nein

Nierenerkrankungen? Ja Nein

Lebererkrankungen? Ja Nein

Darmerkrankungen? Ja Nein

Psychische Belastungen? Ja Nein

Herzinfarkt oder Erkrankungen
des Herz-Kreislauf-Systems? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja Nein

Neurologische Erkrankungen,
z.B. Krampfleiden? Ja Nein

Auffälligkeiten bei der letzten Blutkontrolle?
Datum _____ Ja Nein

Bestehen Allergien z.B. gegen Antibiotika,
Iod, Pflaster oder Medikamente? Ja Nein

Sonstige _____

Nehmen Sie Aspirin®/Marcumar®/Plavix®
oder ähnliches? gelegentlich Ja Nein

Bitte notieren Sie Ihre frühere oder aktuelle Medikamen-
teneinnahme:

Sind Sie schon einmal operiert worden? Was? Wann? Wo?

Sind Sie schon bestrahlt worden? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Haben Sie jemals Kortison genommen? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____



Praxisklinik

Dr. med. René Föste

Plastische & Ästhetische Chirurgie

Hatten Sie schon einmal eine Betäubung? (z.B. beim Zahnarzt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie trockene Haut?	gelegentlich <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, gab es Probleme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Benutzen Sie Cremes für die Haut?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Bestehen Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____					
Wenn ja, welche? _____			Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Leiden Sie an Heuschnupfen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel? _____					
Heilen Wunden gut? nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Bestehen Bauchwandbrüche/ Rektusdiastase?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel? _____					
Sind Sie schnell außer Atem?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Drogenkonsum?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Schwellen Ihre Knöchel schnell an?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie Angst vor Spritzen oder Narkosen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Sind Sie kurzatmig, wenn Sie flach liegen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Gewichtsschwankungen?	geringfügig <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Neigen Sie zu Nesselsucht oder Hautausschlag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Aktuelles Gewicht _____	Max. Gewicht _____				
Leiden Sie an Gelenkbeschwerden wie Arthritis, Rheuma, etc.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wunschgewicht _____	Körpergröße _____				
Besteht ein Magengeschwür oder haben Sie Magenprobleme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Kleidergröße	XS <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	XL <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Venenerkrankungen wie z.B. Krampfadern?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frühere ästhetische Operationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Bestand eine Thrombose oder besteht eine Thromboseneigung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____					
Besteht erhöhte Blutungsneigung/ bluten Sie leicht? nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frühere Botox®-Behandlungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Bekommen Sie schnell Blutergüsse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		Botox lehne ich ab <input type="checkbox"/>				
Frühere Herpesinfektionen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frühere Hyaluron- oder Fillerbehandlungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Bestehen trockene Augen? gelegentlich <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		Filler lehne ich ab <input type="checkbox"/>				
Bestehen häufige Entzündungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frühere Hautbehandlungen?	Laser <input type="checkbox"/>	Chemisches Peeling <input type="checkbox"/>	Abschleifung <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, wo? _____			Sonstige _____					
Neigen Sie zu verdickten Narben (Keloiden)? nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Permanent Make-up	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Regelmäßige Sonnenbankbesuche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie die „Pille“?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, wie häufig? _____			Sind Sie schwanger?	vielleicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Frühere Haarentfernungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frühere Schwangerschaften?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche? _____			Wenn ja, wieviele? _____					
Haben Sie sensible Haut? normal <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie viele Kinder haben Sie? _____					
			Haben Sie gestillt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
			Kommt in der Familie Brustkrebs/ Hautkrebs vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
			Wenn ja, bei wem? _____					

Hiermit bestätige ich, den Gesundheitsfragebogen gewissenhaft und vollständig ausgefüllt zu haben.

Datum

Unterschrift