



Dr. Keßler & Dr. Regener

Anamnesebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und leserlich schreiben!

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Alter _____
Straße _____ Hausnummer _____
PLZ _____ Ort _____
Festnetznummer _____ Handynummer _____
E-Mail _____
Beruf _____
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 ☐