



www.drtschakaloff.de



Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenversicherung:
Telefon:	

### Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihnen:

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Herz-, Kreislaufleiden (z.B. Bluthochdruck, Infarkt)           | JA NEIN |
| 2. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)                            | JA NEIN |
| 3. Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)       | JA NEIN |
| 4. Blutungsneigung (gerinnungshemmende Medikamente, Hämophilie)   | JA NEIN |
| 5. Allergie (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel)<br>Wenn ja, welche: | JA NEIN |
| _____   |         |
| 6. Magen-,Darm-,Leber-, Nierenleiden                              | JA NEIN |
| 7. Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)                           | JA NEIN |
| 8. Anfallsleiden, Nerven- oder psychische Erkrankungen            | JA NEIN |
| 9. Schilddrüsenerkrankungen                                       | JA NEIN |
| 10. Nehmen Sie ständig Medikamente?*                              | JA NEIN |
| Wenn ja, welche:  |         |
| _____   |         |
| 11. Frühere Röntgendiagnostik, Strahlentherapie                   | JA NEIN |
| 12. Medikamente gegen Osteoporose                                 | JA NEIN |

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder könnten Sie schwanger sein? JA NEIN

Name Ihres überweisenden Arztes oder Zahnarztes:

Name Ihres Arztes oder Zahnarztes, die einen Bericht über Ihre Behandlung erhalten soll:

\* Bitte teilen Sie uns vertraulich mit, ob Ihr Körper Erfahrung mit illegalen Substanzen hatte oder Sie regelmäßig solche einnehmen. Dies ist für die Auswahl von wirksamen Medikamenten und Betäubungsmitteln sehr wichtig, oder um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden.

**Praxis Pinneberg, Dingstätte 45a 04101-514041**  
**Zweigpraxis Itzehoe, Robert-Koch-Str.2A 04821-7471717**  
**Belegabteilungen am Klinikum Elmshorn und Itzehoe**