

## ANAMNESE • Ästhetisch-Plastische-Chirurgie

Liebe Patientin, Lieber Patient,  
herzlich Willkommen in der Vitalitas Ästhetik! Bitte unterstützen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die best-  
mögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können indem Sie alle folgenden Fragen zur Person, zur Betreuung  
und zum Gesundheitszustand gewissenhaft beantworten.

Vielen Dank!

.....  
NAME / VORNAME

.....  
GEBURTSDATUM

.....  
STRASSE

.....  
WOHNORT

.....  
TELEFON PRIVAT | MOBIL

.....  
BERUF

.....  
TELEFON GESCHÄFTLICH

.....  
E-MAIL-ADRESSE

.....  
KRANKENKASSE

.....  
SELBST VERSICHERT?  JA  NEIN

.....  
VERSICHERT MIT  EHEMANN  EHEFRAU  VATER  MUTTER

.....  
NAME / VORNAME

.....  
GEBURTSDATUM

.....  
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?.....

### FRAGEN ZU IHRER HÄUSLICHEN BETREUUNG AM OP-TAG

JA  NEIN

Werden Sie nach Hause gefahren oder von jemandem  
nach Hause begleitet?

Brauchen Sie mehr als 1 Stunde für die Heimreise?

Werden Sie in den ersten 24 Stunden nach der Opera-  
tion häuslich betreut?

JA  NEIN

Ist ihr Hausarzt für Sie problemlos innerhalb von 30  
Minuten erreichbar?

Wünschen Sie eine Übernachtungsmöglichkeit?

## FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

JA NEIN

- Herz / Kreislauf**  
Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schwindelattacken, Atemnot beim Treppensteigen, Wassereinlagerung in den Beinen
- Atemwege / Lunge**  
Chron. Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose
- Gefäße**  
Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen
- Leber**  
Gelbsucht, Gallensteine, Leberzirrhose, Hepatitis
- Nieren**  
Nierensteine, Nierenentzündung, eingeschränkte Funktion, Dialysepflicht
- Magen-Darm-Trakt**  
Engstellen, Geschwüre, chronische Entzündung
- Nerven / Gemüt**  
Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen
- Blut**  
Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen (häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken, verlängerte Blutungsneigung)
- Besteht zur Zeit eine Erkältung?
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

JA NEIN

- Sind Sie HIV-positiv?
- Hatten Sie jemals Probleme mit örtlichen Betäubungsmitteln? Wenn ja, welche? .....
- Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen? .....
- Wurde bei Ihnen eine Hepatitis-Infektion festgestellt? Wenn ja, welche? .....
- Besteht bei Ihnen eine Neigung zu hohem Blutdruck?
- Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? Wenn ja, seit wann? .....
- Welche schweren Erkrankungen wurden in der Vergangenheit bei Ihnen behandelt? .....
- Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? .....
- Gab es dabei Probleme? Wenn ja, welche? .....

## SONSTIGE FRAGEN

JA NEIN

- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? .....
- Trinken Sie Alkohol? Was und in welchen Mengen? .....
- Nehmen Sie Schlaf- und Beruhigungsmittel? Welche und wieviel? .....
- Nehmen Sie Drogen? Welche und wieviel? .....

JA NEIN

- Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen? Z.B. Marcumar oder Medikamente, die Acetylsalicylsäure enthalten? Wenn ja, welche? .....
- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? .....
- Sonstige Besonderheiten? .....

## AKTUELLE THERAPIEN

- Diät       Tabletten       Insulin       Sonstiges

## NEIGEN SIE ZU ALLERGIEN?

- Heuschnupfen       Medikamente       Jod       Pflaster       Latex       Sonstige

## FACHÄRZTE

Damit wir bei medizinischen Rückfragen die richtigen Ansprechpartner haben, nennen Sie uns bitte ihre Fachärzte!

### Gynäkologe

Bei Brustvergrößerung / Brustverkleinerung / Bauchdeckenstraffung

.....  
NAME

.....  
STRASSE

.....  
ORT

.....  
TELEFON

### Augenarzt

Bei Facelift, Stirnlift oder Lidstraffung

.....  
NAME

.....  
STRASSE

.....  
ORT

.....  
TELEFON

### Hautarzt

bei Faltenunterspritzung

.....  
NAME

.....  
STRASSE

.....  
ORT

.....  
TELEFON

### Hausarzt / Allgemeinmediziner

bei Oberschenkel-Bauchdeckenstraffung, Fettabsaugung

.....  
NAME

.....  
STRASSE

.....  
ORT

.....  
TELEFON

BESONDERE BEMERKUNGEN: .....

.....

Ich stimme den aktuellen Datenschutz- und Nutzungsbestimmungen zu.

Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service durch die Klinik.       telefonisch       schriftlich / per Email

Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

