

ANMELDUNG-ANAMNESE • Ästhetisch-Plastische-Chirurgie

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

Vielen Dank!

.....
NAME / VORNAME

.....
GEBURTSDATUM

.....
BERUF

.....
STRASSE

.....
WOHNORT

.....
TELEFON PRIVAT | MOBIL

.....
TELEFON GESCHÄFTLICH

.....
E-MAIL-ADRESSE

.....
ART DES ANLIEGENS

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Internet

☐ Radio

☐ TV

☐ Anzeige

Empfehlung durch:

sonstiges

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen für Ihren heutigen Termin?

.....

Wie lange denken Sie schon über eine Behandlung nach?

.....

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits ästhetische Behandlungen?

☐ ja

☐ nein

Aktuelle Therapien

☐ Diät

☐ Tabletten

☐ Insulin

☐ Sonstiges

☐ Homöopathie

Neigen Sie zu Allergien?

☐ Heuschnupfen

☐ Medikamente

☐ Jod

☐ Pflaster

☐ Latex

☐ Sonstige

Postoperative Betreuung

Ist es Ihnen möglich am OP-Tag eine Abholung in der Klinik und eine häusliche Betreuung sicherzustellen?

☐ ja

☐ nein

Fachärzte

Dürfen wir bei medizinischen Rückfragen einen Ihrer Fachärzte ansprechen?

☐ ja

☐ nein

Soll einer Ihrer behandelnden Ärzte von uns informiert werden?

☐ ja

☐ nein

☐ Gynäkologe

.....
NAME

☐ Augenarzt

.....
STRASSE

☐ Hautarzt

.....
ORT

☐ Hausarzt / Allgemeinmediziner

.....
TELEFON

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**
Krampfader, 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?

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?

BESONDERE BEMERKUNGEN:

- ☐ Ich stimme den aktuellen Datenschutz und Nutzungsbestimmungen zu. Ich wünsche regelmässige Informationen und Recall-Service telefonisch und per E-Mail. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

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?

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?

