

# Anamnesebogen - Englisch

Familienname / **surname**: \_\_\_\_\_ Vorname / **first name**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / **date of birth**: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit / **nationality**: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort / **Country and city of birth**: \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse / **spoken languages**: \_\_\_\_\_

## **Bei Minderjährigen / under age persons:**

Familienname Vater / **surname father**: \_\_\_\_\_

Vorname Vater / **first name of father**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Vater / **date of birth father**: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit / **nationality**: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Vater / **country and city of birth father**: \_\_\_\_\_

Familienname Mutter / **surname mother**: \_\_\_\_\_

Vorname Mutter / **first name mother**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Mutter / **date of birth mother**: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit / **nationality**: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Mutter / **country and city of birth mother**: \_\_\_\_\_

Telefon / **phone**: \_\_\_\_\_ Straße / **street**: \_\_\_\_\_

PLZ / **post code**: \_\_\_\_\_ Wohnort / **residence**: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient / **The patient has or has had:**

Allergien / **allergies to (which substances)**: \_\_\_\_\_

Diabetes / **diabetes**: \_\_\_\_\_ Schilddrüsenerkrankung / **disease of the thyroid gland**: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten / **do you have infectious diseases (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis....)**: \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen / **bleeding disorder**: \_\_\_\_\_

Herz- oder Kreislauferkrankungen / **heart disease, circulatory trouble**: \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen / **diseases of the kidney or anomalies**: \_\_\_\_\_

Asthma / **asthma**: \_\_\_\_\_ Schlaganfall / **stroke**: \_\_\_\_\_

Tumor, Krebs / **tumors, cancer**: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden / **epilepsy**: \_\_\_\_\_ Besteht eine Schwangerschaft / **are you pregnant**: \_\_\_\_\_

Magen- / Darmerkrankung / **gastro-intestinal disease**: \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten / **do you have any other diseases?**: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?) / **do you take any medicine regularly (which?)**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_