

# ANAMNESE FRAGEBOGEN

## Haar Transplantation

Nachname: ..... Name: .....

Alter: ..... Datum: ..... / ..... / .....

**Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, welche? .....

Welche Medikamente nehmen Sie deswegen? .....

**Haben Sie eine Herzerkrankung?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, welche? .....

Welche Medikamente nehmen Sie deswegen? .....

**Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, welche? .....

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wann haben Sie aufgehört sie einzunehmen? .....

**Wurden Sie in den letzten fünf Jahren aus irgendeinem Grund ins Krankenhaus eingeliefert?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, wann ist das passiert und aus welchem Grund? .....

**Sind Sie in den letzten fünf Jahren einer Operation unterzogen worden?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, welche Art von Operation war es, wann war das, welche Art von Anästhesie wurde verwendet und was war das Ergebnis? .....

**Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente systematisch oder gelegentlich aus irgendeinem Grund ein?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, was ist das für ein Medikament, aus welchem Grund und wie lange nehmen Sie es? .....



**Hatten Sie jemals irgendwelche Nebenwirkungen bei der Einnahme von Medikamenten?**

JA  NEIN

Wenn ja, welche Medikamente waren betroffen und was waren die Nebenwirkungen? .....

**Sind Sie allergisch auf Medikamente, Lebensmittel oder andere Substanzen?**

JA  NEIN

(Hauptsächlich in Bezug auf Allergien, Lokalanästhetika und Antibiotika).

Wenn ja, zu welcher Substanz und wie war die Form der Allergie? .....

**Machen Sie irgendeine Art von Gymnastik oder sportlicher Aktivität?**

JA  NEIN

Wenn ja, wie oft trainieren Sie und wie? .....

**Hatten Sie jemals einen Vorfall wie z.B. Ohnmachtsanfälle während des Trainings?**

JA  NEIN

Wenn ja, wie oft trainieren Sie und wie? .....

**Haben Sie im letzten Jahr eine kardiologische Untersuchung durchgeführt?**

JA  NEIN

Wenn ja, aus welchem Grund, welche Tests haben Sie gemacht und was waren die Befunde? .....

**Haben Sie im letzten Jahr eine Blutuntersuchung gemacht?**

JA  NEIN

Wenn ja, aus welchem Grund, welche Tests haben Sie gemacht und was waren die Befunde? .....

**Wurde Ihnen im letzten Jahr einer anderen klinischer Untersuchung unterzogen?**

JA  NEIN

Wenn ja, aus welchem Grund, welche Tests wurden aufgenommen und was waren die Befunde? .....

**Nehmen Sie Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

JA  NEIN

Wenn ja, was für welche und wann haben Sie aufgehört sie zu nehmen? .....

*Hiermit bestätige, dass ich den Fragebogen zu meiner Krankengeschichte ehrlich beantwortet habe, ohne Informationen über meinen Gesundheitszustand zu verbergen. Auch noch, dass ich ausführlich über die Operation, die ich durchführen werde, über die postoperative Entwicklung in allen Phasen informiert und damit einverstanden bin.*

**Präoperative Beurteilung:** Aus der detaillierten Analyse der Krankengeschichte, der klinischen Untersuchung und dem allgemeinen Bild des Patienten beurteilen wir, dass eine Haartransplantation durchzuführen moeglich ist.

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten

