



PASSINAESTHETIK PLASTISCHE CHIRURGIE AM SCHILLERPLATZ

DR. MED. STEFAN PASSIN
FACHARZT FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

vor Ihrer Beratung oder Behandlung benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, bitten wir Sie nachfolgende Fragen in Ruhe zu beantworten

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Email: _____

Telefon: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

ANAMNESEBOGEN

Worüber möchten Sie beraten / behandelt werden? _____

Rauchen Sie? ja / nein - Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein - Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Bei Frauen: - Sind Sie Schwanger? ja / nein
- Vorherige Geburten? ja / nein - Wenn ja, wie viele? _____

Seite 1 / 2

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein

Allergien? ja / nein - Wenn ja, welche: _____

Vor-Operationen? ja / nein - Wenn ja, bitte mit Zeitangabe:

Vorbehandlungen oder Operationen im Gesicht? ja / nein - Wenn ja, bitte mit Zeitangabe:

Hatten Sie bereits eine Infektion im Gesicht? z.B. Lippen-Herpes? ja / nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Infektionen?

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein - Wenn ja, welche?

Raum für weitere Hinweise

Den **Behandlungsvertrag** habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere diesen. Der Behandlungsvertrag liegt zur Einsicht in der Praxis aus oder ist unter <http://www.passin-aesthetik.de/downloads> abrufbar.

Datum, Unterschrift