

Anamnesebogen - Anamnèse/Feuille pour le patient

Familienname /nom de famille: _____ Vorname / prénom: _____

Geburtsdatum / date de naissance: _____ Staatsangehörigkeit / nationalité: _____

Geburtsland und -ort / pays et lieu de naissance: _____

Sprachkenntnisse / connaissance de langues: _____

Bei Minderjährigen / Pour des mineurs:

Familienname Vater / nom de famille du père: _____

Vorname Vater / prénom du père: _____

Geburtsdatum Vater/ date de naissance du père: _____

Staatsangehörigkeit / nationalité du père: _____

Geburtsland und -ort Vater / pays et lieu de naissance du père: _____

Familienname Mutter / nom de famille de la mère: _____

Vorname Mutter / prénom de la mère: _____

Geburtsdatum Mutter / date de naissance de la mère: _____

Staatsangehörigkeit / nationalité de la mère: _____

Geburtsland und -ort Mutter / pays et lieu de naissance de la mère: _____

Telefon / téléphone: _____ Straße / adresse: _____

PLZ /c ode postal: _____ Wohnort / résidence: _____

Hat oder hatte der Patient / Le patient a ou a eu:

Allergien / allergies à (quelles substances)? : _____

Diabetes / diabète: _____ Schilddrüsenerkrankung / maladie de la glande thyroïde: _____

Infektionskrankheiten /vous avez une maladie infectieuse (hépatite, V.I.H, SIDA, tuberculose...): _____

Blutgerinnungsstörungen / désordre de la coagulation du sang: _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen / maladies cardio-vasculaires: _____

Nierenerkrankungen / maladies des reins: _____

Asthma / asthme: _____ Schlaganfall / attaque d'apoplexie: _____

Tumor, Krebs / tumeur, cancer: _____

Anfallsleiden /é pilepsie: _____ Besteht eine Schwangerschaft / vous êtes enceinte?: _____

Magen-/Darmerkrankung / maladies gastro-intestinales: _____

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten / Vous avez d'autres maladies quelconques: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?) / Vous prenez des médicaments régulièrement (lesquels)?: _____