



Anamnesebogen Injektions-Lipolyse

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Bitte machen Sie folgende Angaben

Haben oder hatten Sie:

Herzkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutkrankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Infektionskrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Krebs	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gelbsucht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Glaukom	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
HIV	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Autoimmunerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
BMI über 30	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wundheilungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Implantate	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Psychische Erkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstiges	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Gibt es Schilddrüsen-Veränderungen bzw. Schilddrüsenhormonstörungen (oder Verdacht hierauf)? ja nein

Wurde ein EKG angefertigt? ja nein

Leiden Sie an Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten? ja nein Wenn ja, welche? _____

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? ja nein

Haben Sie je Probleme mit Blutungen gehabt? ja nein

Haben Sie Anämie (Blutarmut)? ja nein

Sind die Blutfette (z.B. Triglyzeride, Cholesterin, Phospholipidin) Ordnung? ja nein Werte: _____

Haben Sie ernsthafte Erkrankungen oder Unfälle gehabt? ja nein Welche: _____

Haben Sie jemals schlecht auf eine Lokalbetäubung oder Vollnarkose reagiert? ja nein _____

Nehmen Sie folgende Präparate regelmäßig zu sich?

Beruhigungsmittel ja nein Blutdrucktabletten ja nein Fettreduktionsmittel ja nein

Schmerzmittel, blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin oder andere) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Stillen sie noch? ja nein

Wann haben Sie ca. Ihre nächste Menstruation? _____

Rauchen ja nein Wenn ja, wieviel? _____

Alkohol ja nein Wenn ja, wieviel? _____

Haben Sie Operationen gehabt? (OP's, plastische OP's, Fettabsaugungen) ja nein

Wenn ja, welche? wann? wo? _____

Welche Arzneimittel nehmen Sie zur Zeit? _____

Wichtige Informationen: _____

Datum: _____ Unterschrift _____