



Anamnese

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

<u>Medikamente</u> mit Dosierung incl. Blutgerinnungsmittel	
<u>Chronische Erkrankungen</u> HNO-Bereich: Hoher Blutdruck: Zucker / Diabetes (Insulin?) Herzerkrankung / Stents / Bypässe	Krebs (gehabt? was genau?): Psyche (Diagnose?): Sonst:
schwanger (ggf. Monat oder Woche)?	
OPs bisher, HNO (was genau?): Sonst:	
Allergie:	
Nikotin: Alkohol:	Sonstige Genussmittel oder Drogen?

Datum und Unterschrift:
