

# 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)?: \_\_\_\_\_