

Anamnese-/Patientenbogen **Englisch**

Familienname/**surname**: _____ Vorname/**first name**: _____

Geburtsdatum/**date of birth**: _____ Staatsangehörigkeit/**nationality**: _____

Geburtsland und -ort/**Country and city of birth**: _____

Sprachkenntnisse/**spoken languages**: _____

Bei Minderjährigen/under age persons:

Familienname Vater/**surname father**: _____

Vorname Vater/**first name of father**: _____

Geburtsdatum Vater/**date of birth father**: _____ Staatsangehörigkeit/**nationality**: _____

Geburtsland und -ort Vater/**country and city of birth father**: _____

Familienname Mutter/**surname mother**: _____

Vorname Mutter/**first name mother**: _____

Geburtsdatum Mutter/**date of birth mother**: _____ Staatsangehörigkeit/**nationality**: _____

Geburtsland und -ort Mutter/ **country and city of birth mother**: _____

Telefon/**phone**: _____ Straße/**street**: _____

PLZ/**post code**: _____ Wohnort/**residence**: _____

Hat oder hatte der Patient/**The patient has or has had:**

Allergien/**allergies to (which substances)** : _____

Diabetes/**diabetes**: _____ Schilddrüsenerkrankung/**disease of the thyroid gland**: _____

Infektionskrankheiten/**do you have infectious diseases (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis....)**: _____

Blutgerinnungsstörungen/**bleeding disorder**: _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen/**heart disease, circulatory trouble**: _____

Nierenerkrankungen/**diseases of the kidney or anomalies**: _____

Asthma/**asthma**: _____ Schlaganfall/**stroke**: _____

Tumor, Krebs/**tumors, cancer**: _____

Anfallsleiden/**epilepsy**: _____ Besteht eine Schwangerschaft/**are you pregnant**: _____

Magen-/Darmerkrankung/**gastro-intestinal disease**: _____

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/**do you have any other diseases?**: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/**do you take any medicine regularly (which?)**: _____
