

# Anamnèse/Feuille pour le patient

Familiennamenom 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:

Familiennamen 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: \_\_\_\_\_

Familiennamen 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: \_\_\_\_\_

Telefontéléphone: \_\_\_\_\_ Straße/adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/code 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/épilepsie: \_\_\_\_\_ 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?): \_\_\_\_\_