

Anamnesebogen

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon / Handy	
Telefon im Notfall (Angehörige)	
E-Mail	
Familienstand	
Beruf	
Größe/Gewicht	
Alter der 1. Periode	
Beginn der Wechseljahre	
Hausarzt/ mitbeh. Fachärzte	

Anzahl geborener Kinder _____ Komplikationen _____
 Fehlgeburt Ja Nein Wann _____
 Eileiterschwangerschaft Ja Nein Wann _____
 Schwangerschaftsabbruch Ja Nein Wann _____

OP's: (Bitte kreuzen Sie an)

	ja	nein	Jahr	Welche Operation
Blinddarm / Darm				
Mandeln				
Gallenblase				
Nieren				
Blase				
Gefäße				
Frauenkrankheiten				
Kopf				
Knochenbrüche				
Herz				
Andere Operationen				

Medikamenteneinnahme _____

(Kopie Medikamentenplan an das Praxispersonal aushändigen)

Allergie/Medikamentenallergie _____

HPV (Gebärmutterhalskrebs) Impfung: vollständig erfolgt nicht erfolgt

Haben Sie Erkrankungen (Bitte kreuzen Sie an)

	ja	nein	
Schilddrüsenerkrankung			Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/>
Gicht			
Diabetes mellitus			Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/>
Asthma			
Erhöhte Blutfettwerte			
Hypertonie (Bluthochdruck)			
Hypotonie (niedriger Blutdruck)			
Herzinfarkt			Jahr?
KHK(Herzschwäche)			seit?
Schlaganfall			Jahr?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol selten gelegentlich nie Menge pro Tag

Rauchen Sie ja nein Menge pro Tag _____ Nichtraucher seit _____

Sind in der Familie oder Verwandtschaft folgende Krankheiten aufgetreten? (Bitte kreuzen Sie an)

	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder	Welche Krebserkrankung
Krebserkrankungen					
Hoher Blutdruck					
Schlaganfall					
Herzinfarkt					
Übergewicht					
Zuckerkrankheit Diabetes mellitus					
Gicht					
Nervenkrankheiten					
Epilepsie (Fallsucht)					
Tuberkulose(Tbc)					
Gallen-,Nieren- oder Blasensteine					Bitte unterstreichen Sie das zutreffende

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad I II III IV V

Haben Sie eine Patientenverfügung ja nein

Haben Sie Vorsorgevollmachten /Betreuungsverfügung ja nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personenbezogenen Daten verarbeiten, speichern und wenn zur Behandlung notwendig an Dritte (behandlungsbezogen) weitergeben darf. Die Bearbeitung, Speicherung und eventuelle Weitergabe erfolgt nur unter Beachtung der Richtlinien des EU-DSVGO, bis auf meinen Widerruf. Wir verweisen auf den Aushang in unserer Praxis. (Patienteninformation Datenschutz Version vom 23.05.2018)

Datum _____

Unterschrift _____