

Fragebogen | Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können. Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort _____

Telefon / Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Größe _____ Gewicht _____

Grund Ihres heutigen Besuches _____

Frühere Operationen? ja nein Eingriff / Jahr / Klinik _____

Geburten? ja nein Wenn ja, Jahr / Klinik _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche? _____
z. B. Herzmedikamente, Pille, Schmerzmittel, gerinnungshemmende Medikamente, Aspirin, Marcumar, ASS

Bestehen bei Ihnen Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen? ja nein Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie regelmäßig geimpft? ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wann war die letzte Periode? _____

Besondere Erkrankungen in der Familie? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt? ja nein

Wünschen Sie die Weitergabe Ihre medizinischen Befunde an Ihren Hausarzt / anderen Facharzt? ja nein Name / Adresse des Arztes _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

Teilen Sie uns bitte mit, falls Ihr Gesundheitszustand sich verändert hat.

Datum, Unterschrift _____