

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

mit Hilfe des folgenden Anamnesebogens möchten wir Sie besser kennenlernen.

Damit wir auf Ihre Beschwerden bestmöglich eingehen und diese behandeln können, brauchen wir von Ihnen einige Informationen zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrer Lebenssituation.

Bitte füllen Sie die Felder sorgfältig und möglichst vollständig aus. Vielen Dank.

□

Persönliche Daten

Vor- und Nachname *

Geburtsdatum *

Straße und Hausnummer *

PLZ und Wohnort *

Telefon *

E-Mail *

Beruf *

Familienstand

 ▼

Hausarzt *

Krankenkasse *

Anamnese

Größe *

Gewicht *

Allergien *

Raucher *

 ▼

Alkohol *

 ▼

Sport *

 ▼

Vorsorge

Haben Sie schon einmal eine gynäkologische Früherkennungsuntersuchung (Vorsorge) durchführen lassen? *

Ja

Nein

Krebsvorsorge

Haben Sie schon einmal eine Mammographie durchführen lassen? *

Ja

Nein

Mammographie

Haben Sie schon einmal eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchführen lassen? *

Ja

Nein

Koloskopie

Wurden Sie gegen HPV geimpft? *

Ja

Nein

HPV-Impfung

Erkrankungen und Therapie

Gibt es in der Familie Vorerkrankungen? *

Ja

Nein

Vorerkrankungen Familie

Sind Sie schon einmal operiert worden? *

Ja

Nein

Operationen

Haben Sie aktuell Beschwerden? *

Ja

Nein

Beschwerden

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? *

Ja

Nein

Medikamente

Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Ihren Medikamentenplan beim nächsten Besuch in unserer Praxis mit.

Zyklusanamnese

Ersten Regelblutung *

Dauer Regelblutung

Zwischenblutungen *

Haben Sie Zwischenblutungen? * ▼

Sind Ihre Regelblutungen regelmäßig? *

Ja

Nein

Unregelmäßige Regelblutungen

Leiden Sie unter Periodenbeschwerden? *

Ja

Nein

Periodenbeschwerden

Waren Sie schon einmal schwanger? *

Ja

Nein

Informationen zur Schwangerschaft

Praxisleistungen

Interessieren Sie sich für eine oder mehrere der nachfolgenden Leistungen?

Anti-Aging-Beratung

Ernährungsanalyse

Faltenbehandlung

Gesundheitsberatung

Impedanzanalyse (BIA)

Psychotherapie

Sportlercheck

Vitalstoffanalyse

Datenschutz und Einverständniserklärung

Ja, ich bestätige, dass meine oben gemachten Angaben vollständig und korrekt sind. *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten – gemäß der Datenschutzerklärung – zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich in festgelegten Zeitabständen an Kontrolltermine und Folgeuntersuchungen erinnert sowie ich per E-Mail über individuelle Gesundheitsleistungen, neue diagnostische und therapeutische Verfahren und aktuelle Gesundheitsthemen informiert werde. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

* Pflichtfelder

Absenden