

## 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

 ▼

### Anamnese

 ▼ ▼ ▼

### Vorsorge

Haben Sie schon einmal eine gynäkologische Früherkennungsuntersuchung (Vorsorge) durchführen

lassen? \*

Ja

Nein

Haben Sie schon einmal eine Mammographie durchführen lassen? \*

Ja

Nein

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

Ja

Nein

## **Erkrankungen und Therapie**

Gibt es in der Familie Vorerkrankungen? \*

Ja

Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden? \*

Ja

Nein

Haben Sie aktuell Beschwerden? \*

Ja

Nein

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? \*

Ja

Nein

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

## Zyklusanamnese

Haben Sie Zwischenblutungen? \* ▼

Sind Ihre Regelblutungen regelmäßig? \*

Ja

Nein

Leiden Sie unter Periodenbeschwerden? \*

Ja

Nein

Waren Sie schon einmal schwanger? \*

Ja

Nein

## 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