

Erstanamnesebogen

Name :

Tel.:

E Mail:

Beruf / Tätigkeit / Studium / Fachrichtung:

Medikamente / Dosierung :

Impfungen:

HPV Impfung: nein ja wann:

Mumps-Masern-Röteln: nein ja wann:

Hausarzt/betreuende Ärzte :

Allergie/Medikamentenunverträglichkeit :

Thrombose/Embolie :

Migräne mit / ohne Sehverlust :

Trinken Sie regelmäßig Alkohol / Menge :

Nikotin/pro Tag :

Drogen : Art / Menge :

Gynäkologische Anamnese:

- 1. Regel (Lebensjahr):
- Letzte Regelblutung (Monat/Jahr):
- Letzte Krebsvorsorge (nur bei neuen Patientinnen):
- Letzte Mammographie (nur bei neuen Patientinnen):
- Verhütungsmittel/Pille:
- Regelbeschwerden:
- Bluten Sie stark während Ihrer Regel?:
- Hormoneinnahmen:

-Geburten:

-Fehlgeburten:

-Schwangerschaftsabbruch:

Bluten sie lange nach Verletzungen oder bekommen Sie schnell blaue Flecke?

Ja / Nein

Operationen was / wann :

Krebserkrankungen - welche / Jahr:

Strahlentherapie / Chemotherapie wenn ja, wann ?

Allgemeine Krankheiten (z. B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Herz-KH, Gelenkerkrankungen, Gerinnungsstörungen)

-
-
-
-

psychische Erkrankungen/Psychotherapie :

Familienanamnese:

Leidet eines Ihrer Familienmitglieder an folgenden Krankheiten:

Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

INFORMATION:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Termine die nicht wahrgenommen werden können im Interesse eines reibungslosen und mit wenig Wartezeit verbundenen Ablaufes 24h vorher telefonisch, per Fax oder per e Mail abgesagt werden sollten. Entstehende Honorarausfälle müssen wir Ihnen sonst leider in Rechnung stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Mit meiner **Unterschrift** bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis b. B. zur unverschlüsselten Befundübermittlung an meine Mail-Adresse.

Hinweise zum neuen Datenschutzgesetz entnehmen sie bitte unserer Homepage, oder sie erhalten diese auf Anfrage hier in der Praxis.

Ihr Praxisteam

Datum, Unterschrift Patientin