

# 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 \_\_\_\_\_