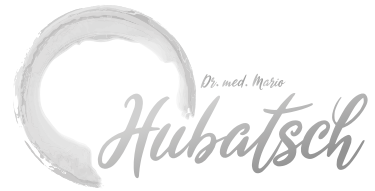


Anamnesebogen



Liebe Patientin,

wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die folgenden zwei Seiten über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen/Operationen auszufüllen:

Ihr Name: _____ Ihr Vorname: _____ geb. am: _____.____._____

Wurde **bei Ihnen** eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bluthochdruck ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Gallenerkrankungen (z.B. Gallenkoliken, bekannte Gallensteine?) ja nein

Hoher Cholesterinspiegel / erhöhte Blutfettwerte? ja nein

Erkrankungen der Leber (z.B. Hepatitis)? ja nein

Erkranken des Magens (z.B. Geschwüre, Magenschleimhautentzündung)? ja nein

Gelegentliches/häufiges Sodbrennen? ja nein

Erkrankung des Dün- und / oder Dickdarms? ja nein

Erkrankungen der Schilddrüse (Über-/Unterfunktion, Knoten, Vergrößerung)? ja nein

Häufige Brustschmerzen (besonders linksseitig)? ja nein

Luftnot (Asthma)? ja nein

Herzkrankungen (z.B. Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt)? ja nein

Kreislaufprobleme (z.B. Ohnmachtsanfälle)? ja nein

Haben Sie Krampfadern? ja nein

Wenn ja, wo:

Hatten Sie schon einmal Thrombose? ja nein

Wenn ja, in welcher Körperregion?

Hatten Sie schon einmal eine Lungenembolie? ja nein

Haben Sie ein Hirnorganisches Krampfleiden (z.B. Epilepsie)? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie andere Erkrankungen?

.....

Wurde **bei Ihrer Familie** eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Krebserkrankungen ja nein
Wenn ja, welche und bei wem?:

Zuckerkrankheiten (Diabetes) ja nein
Wenn ja, wer ist betroffen:

Bluthochdruck? ja nein
Wenn ja, wer ist betroffen:

Genetische Fehlbildung / Behinderungen ja nein
Wenn ja, wer ist betroffen:

Weitere allgemeine Daten zu **Ihrer Person**:

Sind Sie schon einmal operiert worden?
(z.B. Leistenbruch, Nabelbruch, Ausschabungen, Blinddarm, Konisation) ja nein
Wenn ja, welche und wann:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Verhütungsmittel? ja nein
Wenn ja, welche:

Haben Sie eine Spirale oder hatten Sie eine Sterilisation? ja nein

Hatten Sie Fehlgeburten und/oder Schwangerschaftsabbrüche? ja nein
Wenn ja, wann:

Haben Sie Kinder geboren? ja nein
Wenn ja, wann und wie (Spontan/Saugglocke/Zange):

Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wie viel:

Hatten Sie eine HPV-Impfung? ja nein

Hatten Sie einen HPV-Test? ja nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie und/oder Darmspiegelung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann:

Weitere Daten zu Ihrem jetzigen Gesundheitszustand:

Wann war die letzte Regel (der erste Tag)?

Haben Sie Beschwerden (Brust und/oder Intimbereich)?

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Einverständnis Recall

Gern würden wir Sie an Ihren Vorsorgetermin über Doctolib erinnern.
Sind Sie damit einverstanden? ja nein