



## Anamnesebogen

Liebe Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick und Informationen über eventuelle Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten. So können wir eine optimale Versorgung in unserer Praxis gewährleisten.

**Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie diesen Fragebogen unbedingt zu Ihrem ersten Besuch mitbringen. Um ein umfangreiches Erstgespräch führen zu können, bitten wir um Verständnis, dass Sie einen neuen Termin mit genügend Zeit bekommen, sollten Sie diesen Fragebogen nicht dabei haben.**

Bitte fragen Sie uns, falls Sie Hilfe zum Ausfüllen des Bogens brauchen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine Mammografie?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:**

Methode	von	bis

**Erkrankungen:**

Erkrankung	Seit (Erstdiagnose)

**Regelmäßiger Konsum von:**

Substanz	Wie viel/Tag/Woche/Monat?
Zigaretten	
Alkohol	
Drogen (welche)	

**Erkrankungen in der Familie (bitte ankreuzen):**

(Wenn bekannt, bitte mit Altersangabe)

Erkrankung	Vater	Mutter	Geschwister Angabe Bruder/Schwester	Großeltern	Tante	Onkel
Brustkrebs (Angabe väterlicherseits/ mütterlicherseits)						
Gebärmutterkrebs/ Gebärmutterhalskrebs						
Darmkrebs						
Herzinfarkt						
Schlaganfall						
Thrombose						
Krebs allgemein						

**Allgemeine Operationen:**

Datum	Art des Eingriffs

**Gynäkologische Operationen:**

Datum	Art des Eingriffs	Krankenhaus/Praxis

**Geburten:**

Datum	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus

**Sonstige Schwangerschaften:**

Datum	Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft (rechts/links?)	Schwangerschaftsabbruch

**Medikamente:**

Medikament/Erkrankung	Dosis	seit

**Sonstiges:**

---

---

**Recall (Erinnerung an den nächsten Termin) erwünscht:**     Ja     Nein

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit!

Falls es Befunde gibt, die Sie uns vorlegen möchten, bitten wir Sie, diese uns vorab per E-Mail oder Fax zukommen zu lassen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_