

Anamnesefragebogen

Zur Einschätzung Ihrer Beschwerden oder Planung von Diagnostik und weiteren Behandlungen ist es wichtig, Informationen über Ihre Krankengeschichte zu erfahren.

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____ Hausarzt: _____
 _____ Ihre E-Mail-Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
 Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Mobil: _____

1. Mit wie vielen Jahren hatten Sie Ihre erste Periode: _____ Jahre
 Wechseljahre _____ Jahre
 Letzte Periode: _____

2. Schwangerschaften: nein ja Anzahl: _____
 Jahr _____ Kindl. Gewicht: _____g Spontan , Kaiserschnitt , Saugglocke , Zange
 Jahr _____ Kindl. Gewicht: _____g Spontan , Kaiserschnitt , Saugglocke , Zange
 Jahr _____ Kindl. Gewicht: _____g Spontan , Kaiserschnitt , Saugglocke , Zange

3. Fehlgeburten: nein ja Anzahl: _____ Jahr: _____, _____, _____, _____

4. Hatten Sie allgemein schon einmal Operationen? nein ja
 Jahr: _____ Welche: _____
 Jahr: _____ Welche: _____
 Jahr: _____ Welche: _____
 Jahr: _____ Welche: _____

5. Vorerkrankungen: Bluthochdruck nein ja
 Krebserkrankung nein ja Welche? _____
 Diabetes nein ja
 andere: _____

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja (Bitte ankreuzen)
 Medikament _____ gegen: _____ Einnahme: morgens , mittags , abends
 Medikament _____ gegen: _____ Einnahme: morgens , mittags , abends
 Medikament _____ gegen: _____ Einnahme: morgens , mittags , abends
 Medikament _____ gegen: _____ Einnahme: morgens , mittags , abends

7. Angeborene Fehlbildung: nein ja Welche? _____
8. Leiden Sie unter Allergien? nein ja
wenn ja, wogegen? _____
9. Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? nein ja
10. Gibt es bei Ihnen in der Familie erblich bedingte Krankheiten oder sonstige schwerwiegende Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebserkrankungen, Gerinnungsstörungen usw.)?
nein ja Welche? _____
11. Rauchen Sie? nein ja wie viel? _____/Tag
12. Wann und wo war Ihre letzte Mammographie (Röntgen der Brustdrüse)? bisher keine
Jahr _____ Wo: _____
13. Wann und wo war Ihre letzte Darmspiegelung? bisher keine
Jahr _____ Wo: _____
14. Haben sie die Gebärmutterhalskrebsimpfung durchgeführt? nein ja
15. Haben sie schon einmal einen HPV-Abstrich erhalten: nein
ja , wann: _____ (Monat/Jahr) negativ positiv
16. Wann war ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: _____ (Monat/Jahr)
Bei welchem Arzt: _____

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Selbstverständlich werden in dem Arztgespräch ihre jetzigen akuten Beschwerden und Anliegen nochmals ausführlich besprochen.

Ihr Praxisteam

Datum: _____ Unterschrift: _____