



Liebe Patientin,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre
Behandlung von großer Bedeutung. Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem
Wissen. **Zutreffendes bitte umkreisen**. Sollten Sie sich bei einer Frage nicht sicher
sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bestätigen Sie am Ende des Dokumentes
bitte die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.
Vielen Dank

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon: Handynummer:

E-Mail:

Wenn Sie eine E-Mailadresse angeben gehen wir davon aus, dass Sie damit einverstanden sind, dass wir diese ggf. auch
nutzen, um Sie zu kontaktieren (z.B. kurze Befundmitteilungen etc.). Sollten Sie dies nicht wünschen lassen Sie das E-Mail Feld
bitte leer.

Beruf und Arbeitgeber:

.....

Hausarzt:

Größe cm Gewicht..... kg

Vorerkrankungen:

.....

.....

Erkrankungen in der Familie:

(Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Thrombose etc.)

.....

Rauchen Sie JA / NEIN wenn ja, wie viel am Tag

Medikamenteneinnahme? JA/NEIN wenn ja, welche

(Bitte auch Name der „Pille“ angeben)

.....



weiter zu Seite 2



Operationen:
(Welche und wann?)

- Allergien Ja / Nein
 - wenn ja, welche:

Alter bei der 1. Regelblutung? Jahre

Datum der letzten Regelblutung:

Aktuelle Verhütungsmethode:

Sind Sie aktuell schwanger? Ja / Nein / evtl.

Anzahl der bisherigen Schwangerschaften:
(Es zählen alle Schwangerschaften. Auch Aborte, Eileiterschwangerschaften & Abbrüche)

Anzahl der Geburten?, davon:
.....Normale/Saugglocken-/Zangengeburt, am:
.....Kaiserschnitte, wann:
.....Fehlgeburten, wann
.....Eileiterschwangerschaften, wann:
.....Schwangerschaftsabbrüche, wann



weiter zu Seite 3



Trat **bei Ihnen** schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- Thrombose oder Lungenembolie Ja / Nein
- Herzinfarkt oder Schlaganfall Ja / Nein
- Krebserkrankung Ja / Nein

Besteht **bei Ihnen** eine der folgenden Krankheiten?

- Blutgerinnungsstörung Ja / Nein
- Diabetes mellitus Ja / Nein
- Bluthochdruck Ja / Nein
- chronische Herz- oder Lungenerkrankung Ja / Nein
- Angina pectoris / Herzrhythmusstörungen Ja / Nein
- Hohe Blutfettwerte Ja / Nein
- Leber- oder Gallenerkrankungen Ja / Nein
- Starke Kopfschmerzen Ja / Nein
- Migräne Ja / Nein
 - Wenn ja, mit Aura? Ja / Nein
- andere chronische Erkrankungen (z.B. M.Crohn, CU, SLE) Ja / Nein

- Haben Sie Krampfadern? Ja / Nein
 - Wenn ja, haben Sie Beschwerden? Ja / Nein

Haben Sie in Kürze vor, einen Langstreckenflug zu unternehmen? Ja / Nein

Steht in Kürze eine Operation an? Ja / Nein

- Wenn ja, was für eine?

Hatten Sie vor kurzem eine Geburt und / oder stillen Sie? Ja / Nein

Hatte **ein naher Angehöriger** eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?
Wenn ja, wer und in welchem Alter?

- Thrombose / Lungenembolie Ja / Nein
- Herzinfarkt Ja / Nein
- Schlaganfall Ja / Nein
- Angina Pectoris / Stent / Bypass Ja / Nein
- Krebserkrankung Ja / Nein

.....
Datum

.....
Unterschrift *_{1,2}

*¹Hiermit bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach Ihrem besten Wissen selbst ausgefüllt zu haben. Der Anamnesebogen dient dem Arzt als Dokumentationshilfe und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

*² Hiermit stimmen Sie zu, dass die Praxis Sie ggf. an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, sowie Termine erinnern darf. Diese Einverständniserklärung kann schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden. Sollten Sie nicht einverstanden sein streichen Sie diesen Satz einfach durch.

*³ Wir sind laut EBM bei den verpflichtet Ihrem Hausarzt für fast jede Art des Besuches einen Brief zu schreiben (Berichtspflicht). Dies erachten wir Fachärzte und auch die Hausärzte als bürokratischen Unsinn. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns dies nicht zu wünschen, was viel Arbeit und Papiermüll spart. Wenn Sie wünschen, dass in jedem Falle ein Befundbericht an Ihren Hausarzt gesendet wird (z.B. auch bei unauffälliger Krebsvorsorge etc.), weisen Sie den Arzt bitte zu Beginn der Behandlung darauf hin. Ansonsten wird Ihr Hausarzt von uns nach Rücksprache mit Ihnen informiert, wenn es wichtig ist.