



## Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen. Sollten Sie sich bei einer Frage nicht sicher sein, dann machen Sie bitte ein Fragezeichen.

### Patientendaten

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	PLZ; Wohnort:
Name Ihrer Versicherung:	Beruf:
Telefon-Nr. (Privat):	Handy-Nr.:
Telefon-Nr. (Arbeit):	E-Mail:
Fax-Nr.:	Hausarzt:

Haben Sie eine Allergie ? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, gegen:	Wurden Sie schon einmal operiert, wenn ja welche Art der OP? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:		
Rauchen Sie? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie viel?	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende:		
Anzahl der Schwangerschaften:	Anzahl der Geburten:		
Nutzen Sie aktuell ein Verhütungsmittel? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgendes:	Ist Ihr Impfstatus auf dem aktuellen Stand? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Ist bei <b>Ihnen</b> eine dieser folgenden Erkrankungen <b>bekannt</b> ? <u>Zutreffendes bitte ankreuzen</u>			
<input type="radio"/> Gerinnungsstörung <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Bluthochdruck <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Thrombose <input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> Lebererkrankung <input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Migräne <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> Blutungsneigung <input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Krebserkrankung, wenn ja welche?
Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?	Waren Sie schon einmal zur Darmspiegelung, wenn ja wann? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, im Jahr:		



Waren Sie schon einmal zur Mammographie, wenn ja wann?  Nein  Ja, im Jahr:

Traten in **Ihrer Familie** eine der folgenden Erkrankungen **auf**? Zutreffendes bitte ankreuzen

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck     | <input type="radio"/> Gebärmutterhalskrebs | <input type="radio"/> Thrombose/Embolie        |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Brustkrebs           | <input type="radio"/> andere Krebserkrankungen |
| <input type="radio"/> Eierstockkrebs    | <input type="radio"/> Schlaganfall         |  |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Familienangehörige, Bekannte          | <input type="radio"/> Telefonbuch                     |
| <input type="radio"/> Internet                              | <input type="radio"/> von einem Arzt empfohlen worden |
| <input type="radio"/> Arzthelferin aus einer anderen Praxis | <input type="radio"/> Praxisschild                    |

### Datenschutz & Terminerinnerung

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen sowie Befundkopien nach meiner Bestellung an dritte Personen herausgegeben werden.

Ja  Nein

Sollten zur Behandlung Unterlagen aus Krankenhäusern oder von anderen Arztpraxen nötig sein, entbinde ich Herrn Dr. Christian Karle und das Praxispersonal von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja  Nein

Wünschen Sie eine kostenlose Erinnerung, sobald Ihre nächste Untersuchung wieder fällig wird?

Ja  Nein

Intervall  halbjährlich  jährlich

per Email  per Telefon

Ich versichere alle oben genannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift der Patientin: