

Anamnesebogen

Name: _____ Geb. Datum: _____

Straße & Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Arbeit: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ FAX: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Anzahl Kinder: _____

Behandelnder Hausarzt: _____ Empfehlung durch: _____

Versicherung: Gesetzlich/Selbstzahler: (); Privat: _____; Privat Zusatzvers.: _____ Beihilfe ()

Ich habe mich über die Kosten und Leistungserstattung auf der Homepage informiert ja nein..

Ich bin mit der Zusendung der kostenlosen Praxiszeitung "Wechselhafte Zeiten" per E-Mail einverstanden ja nein..

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit und füllen den Anamnesebogen so sorgfältig aus wie möglich. Es erleichtert das Erstgespräch und vermeidet Lücken in der Befunderhebung. Bitte bringen Sie zum ersten Termin, soweit vorhanden, **aktuelle Laboreergebnisse, Arzt- bzw. Befundberichte und gegebenenfalls bildgebende Materialien mit, denken Sie auch an Ihren Impfausweis und an Medikamente**, die Sie zur Zeit einnehmen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Aktuelle Größe: _____ Aktuelles Gewicht: _____ Blutdruck: _____ Blutgruppe: _____

Gab es Besonderheiten während Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war bzw. bei Ihrer Geburt? (Kaiserschnitt, Zangengeburt, Frühgeburt, Saugglocke, Übertragen....)

Welche Impfungen haben Sie als Kind und als Erwachsener erhalten? Impfausweis! Impfreaktionen? (Fieber, Krämpfe, grippale Symptome, Unruhe, Schwellungen, allergische Reaktionen)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Malaria, Salmonellen, Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpesinfektionen, Hepatitis, Borreliose, Tuberkulose, Wurmerkrankungen, Gonorrhöe, Syphilis, Tropenkrankheiten, andere)

Gab es Auffälligkeiten in Ihrer Kindheit hinsichtlich Ihrer körperlichen, motorischen oder geistigen Entwicklung?

Ist Ihr Zahnstatus vollständig? Fehlen Zähne? Haben Sie Amalgam- oder andere Zahnfüllungen? (Kunststoff, Gold, Keramik...)

Name: _____ Geb. Datum: _____

Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Nahrungsmittel: (Weizen, Gluten, Milch, Eiweiß, Fisch, Lactose, Fructose, u. a.) _____

Arzneimittel: (Penicillin, Aspirin, Jod, Insulin, o. a.) _____

Blütenstaub, Gräser, Milben, Hausstaub, Tierhaare o. a. _____

Haben Sie Kontakt mit Tieren? Haustiere? Welche? _____

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? _____

Haben Sie eine Augenerkrankung? Grüner oder grauer Star, andere _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? (Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Häufigkeit, Form, Farbe) _____

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Darmspiegelung? Mit welchem Ergebnis?

Wie schlafen Sie? Wie lange schlafen Sie, wann gehen Sie abends in Bett, wachen Sie nachts auf, haben Sie Ein- und Durchschlafstörungen, müssen Sie nachts auf die Toilette, wachen Sie morgens erholt auf? _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Bei Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, z. B. Herz- oder Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen, Tuberkulose, Gicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Allergien, Neurodermitis, Schilddrüse, Geschlechtskrankheiten, Rheuma, Gallen- oder Nierensteine, Depressionen, psychische Erkrankungen, Selbsttötung eines Familienmitglieds o. a.) _____

Wann haben Sie sich das letzte Mal Ihr Herz und Ihre Gefäße untersuchen lassen?

Wann war Ihr letzter Check-up bzw. Laborkontrolle? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

Wann war Ihr letzter Besuch beim Neurologen bzw. Orthopäden? _____

Name: _____ Geb. Datum: _____

Frauenanamnese

Wann bekamen Sie das erste Mal Ihre Periode? _____

Ist Ihre Periode regelmäßig, schmerzfrei, Dauer? _____

Nehmen Sie die Pille? Seit wann und welche? _____

Andere Verhütungsmaßnahmen? _____

Wann war Ihre erste Schwangerschaft bzw. die folgenden? _____

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt? (Mutterpass) _____

Besteht im Augenblick eine Schwangerschaft? _____

Hat der Beginn der Menopause bereits eingesetzt? _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____

Wann waren Sie das letzte Mal bei Ihrer Frauenärztin? Wie heißt Ihre Frauenärztin? _____

Haben Sie in der Vergangenheit Ihre Schilddrüse untersuchen lassen? (Blutwerte, Ultraschall) _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Brust, Gebärmutter, PAP-Test usw.) _____

Sind irgendwann Eierstockzysten (PCO-Syndrom) oder ein Myom bzw. eine Endometriose diagnostiziert worden?

Treten immer wieder Blasenentzündungen, Symptome einer Reizblase oder Harninkontinenz auf?

Gibt es für Sie weitere Fragestellungen zu Ihrer Weiblichkeit bzw. Ihrer Rolle als Frau?
