

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis,
wir freuen uns, daß Sie uns Ihr Vertrauen schenken! Die nachfolgenden Angaben sind für Ihre
Behandlung von großer Wichtigkeit, daher bitte wir Sie die Felder sorgfältig auszufüllen. Sollte
etwas unklar sein, lassen Sie das Feld frei. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und
gemäß der DSGVO in der Praxis-EDV verarbeitet.

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ (erlernter) Beruf: _____

Email: _____ Telefon/Handy: _____

Hausarzt: _____ Gynäkologe: _____

Krankenkasse: _____ Arbeitgeber: _____

Aktuelle Hausmedikation (oder geben Sie Ihren Medikationsplan an der Anmeldung ab):

Medikament	Dosis in mg	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie Blutverdünner? (bitte ankreuzen): ASS100 ELIQUIS XARELTO
LIXIANA MARCUMAR CLOPIDOGREL PRADAXA Andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Antibiotika _____
- Schmerzmittel _____
- Pflaster _____
- Sonstige Welche?: _____

Wieviele Zigaretten rauchen Sie am Tag?: _____ seit wann?: _____ aufgehört/Jahr _____

Wie oft trinken Sie Alkohol?: Nie Gelegentlich Regelmäßig Täglich

Hatten Sie schon eine Vorsorge-Untersuchung?: Wenn ja, wann _____, wo _____

Treiben Sie Sport?: Nein Sporadisch Regelmäßig

Schwangerschaft?: Nein Ja, wievielte SSW? _____ Wieviele Kinder?: _____

Bisherige Operationen?:

_____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____

>>> Bitte wenden >>>

Darmspiegelung erfolgt?: Nein Ja, in welchem Jahr _____?

Leiden Sie unter Verstopfung? Nein Ja

Blut im Stuhl bemerkt? Nein Ja

Infektionserkrankungen:

HIV Hepatitis B Hepatitis C Tuberkulose HPV Sonstige: _____

Erkrankungen:

Bluthochdruck StentOP BypassOP Herzinfarkt (wann: _____) Schlaganfall

Blutgerinnungsstörung: _____ Thrombose: wo/wann? _____

Diabetes I Diabetes II Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion

Asthma COPD Schlafapnoe Epilepsie Depressionen

Gehäufte Harnwegsinfekte Rheuma Sonstige: _____

Familien-Anamnese:

Familiär gehäuftes Auftreten von: Prostatakrebs bei Bruder Vater Großvater ?

Darmkrebs Brustkrebs Eierstockkrebs Herzinfarkt Nierensteinen _____

Allgemeine Anamnese:

Wieviel Liter trinken Sie in 24Stunden: _____?

Was vor allem ? : Wasser Kaffee Tee (Schwarz/Grün) Säfte Fruchtschorlen

Wie oft müssen Sie Wasserlassen? Am Tag _____x mal In der Nacht _____x mal

Verlieren Sie Urin bei Belastung? beim Niesen/Lachen beim Gehen im Liegen

Tragen Sie deswegen Vorlagen? Nein Ja. Falls ja, wieviele in 24h: _____

Sonstige Hinweise / Anlass des Besuches:

Wichtige Hinweise:

Wir führen eine ganze Reihe von verschiedenen Untersuchungen und Behandlungen durch. Jede Maßnahme erfolgt nach einem eigenen Terminplan. Deshalb werden manche Patienten vor Ihnen aufgerufen, die erst nach Ihnen das Wartezimmer betreten haben. Verzögerungen im Terminablauf können gelegentlich dadurch auftreten, daß wir akute Notfälle bevorzugt zu behandeln haben. Wir freuen uns, daß Sie für solche Situationen Verständnis haben!

Aufgrund der Datenschutzbestimmungen der DSGVO dürfen wir mit Ihnen per Email nicht unverschlüsselt kommunizieren. Sind Sie mit unverschlüsselter Email-Kommunikation einverstanden ? Ja Nein (Alternativ können Sie die Patienten-App PATMED nutzen)

Ebenso brauchen wir Ihr Einverständnis, wenn wir Befunde von Ihrem Haus-/Facharzt oder anderen Mitbehandlern anfordern möchten. Sind Sie damit einverstanden ? Ja Nein

Hannover, den _____ Name, Unterschrift _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!