

ANAMNESEBOGEN FRAUENÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS AN DER CAMPUSBRÜCKE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Patienten	geboren am
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Hausarzt

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Weshalb?
- Haben Sie derzeit irgendwelche Allgemeinbeschwerden?
Welcher Art?

LEIDEN SIE UNTER EINER DER FOLGENDEN KRANKHEITEN ODER WAREN SIE IN DER VERGANGENHEIT DAVON BETROFFEN?

- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, künstl. Herzklappe, Herzschrittmacher)
- Blutgerinnungsstörungen
- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Krankheiten der Leber (Gelbsucht, Hepatitis)
- AIDS (HIV)
- Krebsleiden
- Bluten Sie bei Verletzungen lange nach?

- Gibt es in ihrer Familie / bei Verwandten Krebserkrankungen?
Welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? (falls bekannt bitte eintragen)

- Sind Sie schon einmal operiert worden? (insbesondere Operationen an Brust und im Unterleib)
Was ist operiert worden?
- Hatten Sie selbst schon einmal Probleme oder Erkrankungen an/mit der Brust?
Welche?
- Wann hatten Sie die letzte Mammographie?
- Auf welche Medikamente reagieren Sie überempfindlich / haben Sie Allergien?

SCHWANGERSCHAFT

- Waren Sie schwanger? Haben Sie Kinder?
Wie oft/wie viele?
- Sind Sie zur Zeit schwanger?
- Tragen Sie bitte das Datum der letzten Periodenblutung ein (1. Tag)

DATUM

UNTERSCHRIFT