

Liebe Patientin,

bitte füllen Sie unseren Anamnesebogen sorgfältig aus. Wenn Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon privat / mobil

E-Mail

Krankenkasse

Hausarzt

Beruf

Geburten mit Jahreszahl

Fehlgeburten

Operationen (z.B. Hysterektomie)

Eigene Erkrankungen

Erkrankungen in der Familie

Allergien

Letzte Mammographie

Letzte Darmspiegelung

Letzte Krebsvorsorge

Impfstatus

Medikamente (auch Hormonpräparate)

Verhütungsmethode? / Name der Pille

Alter bei der ersten Regelblutung

Alter bei Eintritt der Wechseljahre

Nikotin? Wenn ja, wieviele pro Tag?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie dem Berichtversand per Fax oder Post, entsprechend der ärztlichen und gesetzlichen Berichtspflicht, einverstanden. Ich verpflichte mich, die Praxis über alle Änderungen, die sich im Laufe der Behandlung ergeben, zu informieren, um möglichen Risiken vorzubeugen. Ich verpflichte mich zudem, meine Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen.

Datum / Unterschrift
