

Anamnesebogen

Bitte so weit wie möglich ausfüllen

Name:	Sehr geehrte Patientin, wir möchten Sie bitten, den Anamnesebogen so weit wie möglich auszufüllen und an die Anmeldung zurückzugeben. Vielen Dank!	Praxis Dr. Clemens Nietfeld Frauenarzt Ofenerdieker Str. 6 26125 Oldenburg frauenarzt@dr-nietfeld.de 0441 / 935 09 87
Vorname:		
Geb.-Datum:		
Straße:		
PLZ und Ort:		
Krankenkasse:		

KONTAKT & PERSÖNLICHES

Telefon: Handy:
Hausarzt Dr. med.:
Beruf:

SCHWANGERSCHAFTEN & GEBURTEN

Wie oft waren Sie schwanger? mal
Wie viele Kinder haben Sie geboren? Kinder
Jahrgänge der Kinder:
Davon waren: spontan Saugglocke Zange Kaiserschnitt

OPERATIONEN & ALLERGIEN

Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ Nein
Wenn ja – welche Operation?
.....
Sind Allergien bekannt? ☐ Nein Wenn ja – gegen was?

VORERKRANKUNGEN

Sind Sie chronisch erkrankt oder waren Sie schon einmal schwer erkrankt?
z. B.: ☐ Bluthochdruck ☐ Schilddrüse ☐ Diabetes Typ 1 ☐ Diabetes Typ 2 ☐ Herzprobleme
☐ Asthma ☐ Gerinnungsstörungen
Ich hatte schon: ☐ Thrombose ☐ Lungenembolie ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ Krebs ☐ Hepatitis A/B/C
Sonstige Erkrankungen?

Bitte wenden!

VERHÜTUNG

Wie verhüten Sie? ☐ Nicht notwendig ☐ Kinderwunsch

Ich verhüte mit:

FAMILIE & VORSORGE

Gibt es in Ihrer Familie nahe Verwandte, die an Krebs erkrankt waren oder sind?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja – wer und welche Art von Krebs?

Sind Sie gegen HPV geimpft? („Gebärmutterhalskrebsimpfung“)

☐ Nein ☐ Ja

Wurde schon eine Darmspiegelung bei Ihnen durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja – wann?

Wurde schon eine Mammographie bei Ihnen durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja – wann?

Größe: cm

Gewicht: kg

RECALL-ERINNERUNG

Ich möchte einen Recall bekommen. ☐ Nein ☐ Ja — wenn ja: ☐ per Post ☐ per E-Mail

(schriftliche Erinnerung an die nächste Krebsvorsorge)

E-Mail-Adresse:

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Folgende Personen entbinde ich von der Schweigepflicht:

(Diese Person darf Rezepte abholen, Befunde erfragen etc.)

Name:

Geburtsdatum:

Name:

Geburtsdatum:

WICHTIG

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten unter Beachtung der Datenschutzgesetze einer hinzugezogenen medizinischen Einrichtung, deren privater Verrechnungsstelle, einem Praxisvertreter, einem neuen Partner oder Nachfolger zugänglich gemacht werden.

Datum:

Unterschrift: