

Aufnahmebogen

Bitte in Druckschrift ausfüllen! Vielen Dank!

Name:
Vorname:Geb. Datum:
Straße:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr. privat:dienstlich:
Tel Mobil.:.....
Fax:

Private Krankenkasse:
(nur für Privatpatienten)
Post-B-Krankenkasse?

Wer ist Ihr Hausarzt ?.....
Ich entbinde hiermit die **endokrinologische Gemeinschaftspraxis** gegenüber dem Hausarzt, Krankenhaus und Fremdlabor von der Schweigepflicht. (neues Datenschutzgesetz/ Mai 2018)

Falls Angehörige Auskunft über Ihre Befunde bekommen sollen, müssen wir schriftlich von der Schweigepflicht entbunden werden. Dies gilt bei allen Patienten ab dem 14. Lebensjahr.

Ich entbinde hiermit die Praxis Dr. med. M. von Hülst-Schlabrendorff und Dr. med. W. Eheses gegenüber

Name:.....

von der Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift

Info Befundmitteilung!!!!!!

Wünschen Sie eine schriftliche Benachrichtigung/Arztbrief oder Rezepte zugesandt, bitten wir Sie um eine Aufwendungspauschale von 2 Euro pro Quartal.

Ja / Nein

Anamnesebogen Frauen

Bitte in **D r u c k s c h r i f t** ausfüllen! Vielen Dank!

Name:.....Vorname:.....

Geb. Datum:.....

Größe:.....cm Gewicht:.....kg

Um Ihre Beschwerden besser untersuchen zu können bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen:

Ich habe folgende Beschwerden:

.....
.....
.....
.....

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel:

.....
.....
.....
.....

Ich nehme folgende Antibabypille:
Spirale Mirena Ja / Nein

Meine Beschwerden bestehen seit ca.:

.....

Bei mir sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

.....

Ist eine Infektionskrankheit bekannt? Ja Nein

.....

Operationen? Wenn ja welche und wann?

.....

.....

Bitte zweite Seite beachten!!!!

Anamnesebogen Frauen

Bluthochdruck: ja nein Behandlung erfolgt mit Tabletten

Zuckerkrankheit: ja nein , seit mit Diät/Tabletten/Insulin behandelt

Lebererkrankungen: ja nein

Thrombosen: ja nein

Schilddrüsenerkrankung: ja nein

Nierenerkrankungen : ja nein

Symptome(Beschwerden)

Haarausfall: ja nein

Kopfschmerzen: ja nein

Vermehrtes Schwitzen: ja nein

Gewichtszunahme: ja nein

Müdigkeit / Antriebslosigkeit ja nein

Muskel -/ Gelenkschmerzen ja nein

Haben Sie aktuell Cortison in Form von Spritzen oder Tabletten bekommen, z.B. von Ihrem Orthopäden oder Neurochirurgen? ja nein

Behandlung erfolgte wann?

Meine erste Regel(Periode) kam im ca.....Lebensjahr
zur Zeit ist mein Zyklus regelmäßig alle 4 Wochen/unregelmäßig/
ausgeblieben seit.....
Zyklustag: (1.Tag der letzten Regel)

Geburten: nein / ja Anzahl....Geburtsgew. eines Kindes größer 4000g ja/nein

Nikotin: Ich rauche Zigaretten pro Tag.

NN-A	Hvl-A	MEN	SD-CA	KW	Osteo	Dia	Gesta
------	-------	-----	-------	----	-------	-----	-------