

Anamnesebogen Frauen

Aufnahmebogen

Bitte in **D r u c k s c h r i f t** 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.
Ehses 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 (bzw. Grund Ihres Kommens):

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

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

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

Ich nehme folgende Antibabypille:
Hormon-Spirale zum Beispiel 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 kg

Gewichtsabnahme: ja nein kg

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? _____

Benutzen Sie ein Inhalationsspray von Ihrem Lungenfacharzt? Ja nein

Benutzen Sie Cortisonsalbe von Ihrem Hautarzt? Ja Nein

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.

Leben Sie vegan? Ja Nein

Leben Sie vegetarisch? Ja Nein

Nehmen Sie Biotin? Ja Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel Ja Nein

Nehmen Sie Vitaminpräparate? Ja Nein

Wenn **JA** welche?

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