

Anamnesebogen Frauen

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.
Ehse 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 4 Euro pro Quartal.

Ja / Nein

Bitte in Druckschrift 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!!!!

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
------	-------	-----	-------	----	-------	-----	-------