



Anamnesebogen

Liebe Patientin,

ich freue mich, dass Sie zu mir in die Praxis kommen möchten. Gerne berate ich Sie in Ihren Gesundheitsfragen und möchte Ihnen helfen gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Mein Wunsch ist es, meine Patientinnen durch alle Lebensphasen mit ihren spezifischen Anliegen zu begleiten.

Sie können sich den Fragebogen schon zu Hause ausdrucken und in aller Ruhe beantworten.

Sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen oder können, lassen Sie sie einfach offen.

Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden.

Name: _____ Tel. mobil: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße, Nr.: _____ Tel. tagsüber: _____

PLZ, Ort: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Versicherung: _____

Bei mitversicherten Patientinnen: Name, Vorname, Geburtsdatum und Tel. des Hauptversicherten:

Eigene Erkrankungen

- Bluthochdruck Zuckerkrankheit Eisenmangel
- Thrombose, Embolie Migräne Schlafstörungen
- Allergien, welche? _____
- Schilddrüsenerkrankung, welcher Art? _____
- Krebserkrankungen, welche Art? _____
- Seelische Erkrankungen? _____
- Sonstige Erkrankungen? _____
- Unfälle / Traumata? _____

Größe: _____ cm; Gewicht: _____ kg; Nikotin: _____ Zig./Tag; _____ Alkohol: _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt? _____, bei wem? _____

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie? nein, ja, wann zuletzt: _____

Bitte wenden



Operationen

Datum	Eingriff	Klinik	Besonderheiten/Komplikationen

Fragen zur Periodenblutung

Erste Periodenblutung (Alter): _____

Die Periodenblutungen kommen: regelmäßig, unregelmäßig

Die Periodenblutungen sind: stark, normal, schwach, Dauer: _____Tage

Schmerzen bei der Blutung: keine, manchmal, immer

Die Schmerzen sind: leicht, mittel, stark, sehr stark,

Sonstige Blutungsstörungen: _____

Menopausenalter (letzte Periodenblutung): _____

Medikamenteneinnahme: (bitte geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel und Vitaminpräparate an)

Pille seit:_____ Welche? _____ Spirale seit:_____ Welche? _____

Kinderwunsch-Therapie? _____

Entbindungen

Datum	Geburtsmodus	Besonderheiten

Fehlgeburten

Datum	Schwangerschaftswoche/ Besonderheiten



Erkrankungen in der Familie: (Eltern, Geschwister, Tante, Onkel)

- Herzinfarkt, Schlaganfall, bei wem? _____
- Thrombose, Embolie, bei wem? _____
- Seelische Erkrankungen? Bei wem? _____
- Krebserkrankungen, bei wem? Welche Art? _____
- Sonstige Erkrankungen in der Familie, bei wem? _____

Haben Sie Interesse an naturheilkundlich / homöopathisch / anthroposophisch erweiterten
Therapiemöglichkeiten: **JA** **Nein**

Möchten Sie von unserem Recall-System profitieren? (jährliche Erinnerung an die fällige Krebsvorsorge
per Post): **JA** **Nein**

Hier ist noch ein wenig Platz für besondere Anliegen oder Wünsche

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Arzt, Internet, Empfehlung) _____

Vielen Dank für Ihre Angaben!

München, den _____

(Unterschrift)