



**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

wir bitten Sie, diesen Fragebogen möglichst gewissenhaft auszufüllen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns Sie optimal zu beraten bzw. zu behandeln. Wenn Sie diesen Bogen schon einmal ausgefüllt haben, tragen Sie bitte nur ein, was sich evtl. im Verlauf geändert hat (zum Beispiel eine neue Erkrankung im Intervall, geänderte Medikamente usw.).

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an das Team des MVZ.

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Festnetz- und/oder Handynummer

Beruf

Weiteres

Hausarzt

Facharzt

Körpergröße in cm

Gewicht in kg

Was führt Sie zu uns?

Haben Sie in der letzten Zeit Gewicht abgenommen?

Wenn ja, wie viel? _____ kg seit wann? _____ Wochen

Haben Sie eine bekannte Allergie?

(z.B. Röntgen-Kontrastmittel)

Wenn ja, wie äußert sich die allergische Reaktion?

(z.B. Hautausschlag, Luftnot)

Dateiname: Anamnesebogen	Ersteller: Dr. med. Kleiß	Freigabe durch: PM
Freigabe am: 17.10.2022	Versionsnummer: 1.1	Seitenanzahl: Seite 1 von 4

Wie viel Alkohol trinken Sie etwa pro Woche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

(z.B. Zigaretten täglich)

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?

Betroffenes Familienmitglied	Art der Krebserkrankung	Alter bei Erkrankung

Gibt es in Ihrer Familie:

Diabetes mellitus ja nein

Thrombose/ Embolie ja nein

Blutungsneigung ja nein

Herz/Kreislaufkrankungen ja nein

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?

(z.B. ASS 100 mg 1 – 0 – 0 oder Ibuprofen 600 mg)

Alternativ können Sie uns gerne eine Kopie Ihres Medikamentenplanes überlassen.

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einnahme seit wann?

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Art der Operation	Wo durchgeführt?	Datum der OP

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Krebserkrankung ja nein

Welche: _____

Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung) ja nein

Welche: _____

Kreislauf-/ Gefäßerkrankung (z.B. Hoher Blutdruck) ja nein

Welche: _____

Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma) ja nein

Welche: _____

Magen-Darm-Erkrankung (z.B. Magengeschwür, Darmentzündung) ja nein

Welche: _____

Leber-/ Gallenerkrankung (z.B. Hepatitis) ja nein

Welche: _____

Infektionskrankheit (z.B. HIV) ja nein

Welche: _____

Nieren-/ Harnwegserkrankung (z.B. Nierenversagen) ja nein


Welche: _____

Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung) ja nein

Welche: _____

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. Hämophilie) ja nein

Welche: _____

<p>MVZ am Obertor Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2015 Internet: www.mvz-am-obertor.de</p> 	<p>Anamnesebogen</p>	<p>QM – Zuordnung ISO Nr.: 9001:2015</p>
---	----------------------	---

Thrombose oder Embolie (z.B. Lungenembolie) ja nein

Welche: _____

Muskel-/ Skeletterkrankung (z.B. Rheuma) ja nein

Welche: _____

Nervenleiden (z.B. Epilepsie) ja nein

Welche: _____

Psychiatrische Erkrankung (z.B. Depression) ja nein

Welche: _____

Sonstige Erkrankung? ja nein

Welche: _____

Wann war die letzte gynäkologische Krebsvorsorge?

Datum: _____ Frauenarzt: _____

Letzte Mammographie (Datum): _____

Was könnte noch wichtig sein? Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Bitte bringen Sie gerne Arztberichte, Krankenhausberichte, Röntgenaufnahmen, Blutwerte usw. zu Ihrem nächsten Termin mit.

Vielen Dank!

Ihr Team

MVZ am Obertor Homberg (Efze)/ Fritzlar

Dateiname: Anamnesebogen	Ersteller: Dr. med. Kleiß	Freigabe durch: PM
Freigabe am: 17.10.2022	Versionsnummer: 1.1	Seitenanzahl: Seite 4 von 4