

Bitte schreiben Sie gut leserlich in Druckbuchstaben!

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die diagnostische Auswertung benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus und bringen es zu Ihrem Termin in unserer Praxis mit.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig:

1. Wurden Sie schon mal in unserer Praxis untersucht? O ja O nein
Wenn ja, wann _____

2. In welcher Abteilung wurden Sie untersucht?
Kernspintomographie (MRT) O
Computertomographie (CT) O
Mammographie O
Röntgenreizbestrahlung O
Ultraschall O
Nuklearmedizin (Schilddrüse/Knochen) O

3. Bestehen Voraufnahmen, die aufgrund Ihrer heutigen Beschwerden bei anderen Ärzten angefertigt worden sind? O ja O nein

4. Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein

5. Besteht/Bestand eine bösartige Erkrankung? O ja O nein
Wenn ja: Welche? _____

6. Sind Sie operiert worden? O ja O nein
Wenn ja, welches Organ und in welchem Jahr?

7. Hatten Sie schon einmal Verletzungen im aktuell zu untersuchenden Bereich? O ja O nein
Wenn ja: Welche? _____

8. Bestehen Allergien z.B. bei Medikamenten, Heuschnupfen, Nahrungsmitteln oder Kosmetika? O ja O nein
Wenn ja: Welche? _____

11. Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Größe: _____

Gewicht: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____