

## Anamnesebogen

**!!!BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!!!**

Sehr geehrte Patientin,

sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, um uns eine zielgerechte Diagnostik u. sichere Therapie zu ermöglichen.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Geb.-Datum : \_\_\_\_\_

Straße, Nr., PLZ : \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt : \_\_\_\_\_

wo versichert? : \_\_\_\_\_

### Statistik:

Alter:  0 – 10 Jahre  11 – 20 Jahre  21 – 30 Jahre  31 – 40 Jahre  41 – 50 Jahre  
 51 – 60 Jahre  61 – 70 Jahre  71 – 80 Jahre  81 – 90 Jahre  ab 90 Jahre

Geschlecht:  männlich  
 weiblich

Größe: \_\_\_\_\_ cm  
Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Raucher:  Ja  
 Nein

### ➤ Betroffen von folgenden Erkrankungen:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Asthma
- Schilddrüsenerkrankung
- Adipositas (Übergewicht)
- Hepatitis
- HIV (Aids)
- Epilepsie
- Depressionen
- Nierenerkrankung
- Krebserkrankung, welche: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

### ➤ Nehmen Sie Medikamente?

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Antikoagulantientherapie wie Marcumar / ASS / Plavix ?  
 Nein

BITTE WENDEN ->

➤ Haben Sie eine Allergie?

Wenn ja welche? : \_\_\_\_\_  
 Nein

➤ Sind Sie bereits operiert worden?

Nieren-OP, wann : \_\_\_\_\_  
 Prostata-OP, wann : \_\_\_\_\_  
 Blasen-OP, wann : \_\_\_\_\_  
 andere : \_\_\_\_\_  
 keine

➤ Weshalb sind Sie bei uns?

Krebs-Vorsorge  
 Krebs-Nachsorge  
 Kinderwunsch  
 Blasen-/Nierenbeschwerden  
 Hodenbeschwerden  
 Prostatabeschwerden  
 Sterilisationswunsch  
 Potenz  
 anderes, \_\_\_\_\_

➤ Möchten Sie über anstehende Kontrolltermine informiert werden?

Ja, gerne  
 Nicht teilnehmen

➤ Sie haben einen Termin bei:

Dr. med. Bergner  
 Priv. Doz. Dr. med. Jäger  
 Dr. med. Dipl.-Chem. Voswinkel  
 Dr. med. Kavran  
 Dr. med. Exler  
 Dr. med. Bransmüller

➤ Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde

per Telefon  per E-Mail  an den Hausarzt  ausschließlich an mich

übermittelt werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich in den Behandlungsvertrag ein und bin damit einverstanden, dass im Falle einer med. Notwendigkeit andere ärztliche Stellen (Pathologie, Fremdlabor etc.) in die Untersuchung einbezogen und dorthin Materialien und persönliche Daten übermittelt werden.

Essen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe  
Ihr UPK-Praxisteam