

Anamnesebogen

BITTE AUSFÜLLEN UND ZUTREFFENDES ANKREUZEN!

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

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

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Nr., PLZ: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Versichert bei: _____

Statistik:

Geschlecht: männlich **Größe:** _____ cm **Raucher:** Ja
 weiblich **Gewicht:** _____ kg Nein

Betroffen von den folgenden Erkrankungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (Übergewicht) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung, welche _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Nehmen Sie Medikamente?

- Ja, welche: _____
- Antikoagulantientherapie wie Marcumar / ASS / Plavix
- Nein

Haben Sie eine Allergie?

- Wenn ja, welche: _____
- Nein

BITTE WENDEN ►

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
- anderes _____
- Hodenbeschwerden
- Prostatabeschwerden
- Sterilisationswunsch
- Potenz

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. Bransmöller

Ich bin 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 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**