

## Liebe Patientin, lieber Patient

Um die Praxisabläufe für Sie und für uns so optimal wie möglich zu gestalten, möchten wir Sie bitten den Anamnesebogen vor Ihrem Besuch in unserer Praxis vollständig auszufüllen.

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Personalia

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Adresse

.....

Telefon ( privat/ mobil)

.....

Mail

.....

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie bis vor kurzem regelmäßig Medikamente eingenommen?

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja

nein

Wenn ja, in der wievielten Woche?

.....

## Was führt Sie zu uns?

### Hautkrebsvorsorge

ja

nein

Wenn ja, sind Ihnen besondere Veränderungen von «Pigmentflecken» aufgefallen, wo?

.....

.....

.....

.....

Ist Hautkrebs bei Ihnen bekannt oder wurden bereits Muttermale bei Ihnen entfernt? Wenn ja, wo und wann?

ja

nein

.....

.....

.....

Ist Hautkrebs in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, wer?

ja

nein

.....

.....

.....

Sind andere Krebsarten in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, welche, wer?

ja

nein

.....

.....

.....

### Beschwerden und Symptome

Zeigen sich Symptome bei Ihnen? Wenn ja, welche?

ja

nein

Z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Schmerzen, Allergiebeschwerden...

.....

.....

.....

## Frühere Erkrankungen / weitere Erkrankungen

Besteht bei Ihnen eine nachgewiesene Allergie?

 ja

 nein

Wenn ja, welche? (bitte Befunde mitbringen!)

### Bestehen folgende weitere Erkrankungen/ Beschwerden?

	ja	nein	Was genau?	
Herz- / Kreislaufsystem				
Bluthochdruck				
Durchblutungsstörung				
Lungen-Atemwegssystem				
Magen- / Darmsystem				
Nieren- / Harnsystem				
Diabetes			Typ 1	Typ2
Schilddrüse				
Nerven, Muskeln,				
Knochen, Gelenke				
Hepatitis				
HIV				
Weitere				

### Allgemeine Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie?

 ja

 nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

 ja

 nein

Haben Sie häufig Stress?

 ja

 nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?

 ja

 nein

Essen Sie regelmäßig Obst/Gemüse?

 ja

 nein

Trinken Sie ausreichend?

 ja

 nein

Schlafen Sie ausreichend?

 ja

 nein

**Datum, Unterschrift**

Wir freuen uns auf Ihren Besuch – Ihr Praxisteam dr. ermuth & dr. ermuth