

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse/n (welche?): _____

Privat versichert Zusatzversichert Selbst versichert Familien versichert Beihilfe / ___%

Zusatzversicherung für den stat. Aufenthalt Krankenkasse(welche) _____ 1-Bett 2-Bett Chefarzt

Behandelnder Gynäkologe/Arzt: _____

Adresse, Telefon, Fax: _____

Darf dieser informiert werden? ja nein

Anamnese

Größe und Gewicht: _____ / _____

Alter der ersten Periode: _____ Zyklus: regelmäßig unregelmäßig

Datum/Alter der letzten Periode: _____

Haben Sie Kinder ?

Wenn ja, wie viele? Waren die Geburten normal od. Kaiserschnitt? _____

Operative Eingriffe (evtl. Extrablatt) mit Monat/Jahr sowie Art des Eingriffes:

keine OPs _____

Vorerkrankungen: nein ja (welche): _____

Allergien: nein ja (welche): _____

Medikamente: nein ja (welche): _____

Weibliche Hormone: nein ja (welche): _____

Ist in Ihrer Familie jemand an **Brustkrebs** erkrankt? nein ja

Wenn ja, wer (mütterlicherseits/väterlicherseits, Alter)? _____

Sind andere Krebserkrankungen in der Familie bekannt (*Eierstockkrebs u.a*)? nein ja

Wenn ja, wer (mütterlicherseits/väterlicherseits, Alter)? _____

Rauchen Sie? nein ja (wie viel): _____

Schriftliche Befundkopien: nein ja (welche): _____

Hinweis: Bitte beachten Sie, sollte eine Operation bei Ihnen anstehen, können Sie diese im hiesigen oder auch in einem anderen Brustzentrum durchführen lassen.

Datum, Unterschrift: _____

Erstellt:	Frau Wloszek	Geprüft:	Frau Dr. Darsov	Freigegeben:	Frau von der Weppen
Datum:	24.11.2020	Datum:	25.11.2020	Datum:	21.07.2021
Revision:	Herr Bermel	Datum:	21.07.2021	Änderungen:	Anpassung Lenkung
Dokumentenpfad:	Z:\QM\MVZ MCD\Formulare\Anamnesebogen (Ersterfassungsbogen)_MVZ.rev01				