



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## Anamnesebogen

Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Telefonnummer : \_\_\_\_\_  
Größe : \_\_\_\_\_ m Gewicht : \_\_\_\_\_ kg  
derzeitiger Beruf : \_\_\_\_\_  
Hausarzt : \_\_\_\_\_ Frauenarzt : \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen:

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> seit _____	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> seit _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> seit _____	Angina pectoris	<input type="checkbox"/> seit _____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> seit _____	Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> seit _____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> seit _____	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> seit _____
Depression	<input type="checkbox"/> seit _____	Krampfadern	<input type="checkbox"/> seit _____
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> seit _____	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> seit _____
Sonstige Erkrankungen:	_____		

**Krebserkrankungen in der Familie?**  nein  nicht bekannt  
 ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Gerinnungsstörungen in der Familie?**  nein  nicht bekannt  
 ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Operationen (wann und welche)?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Menarche (erste Regelblutung) im Alter von:** \_\_\_\_\_

**Menopause (letzte Regelblutung):**

- ja, im Jahr: \_\_\_\_\_  
Hormoneinnahme:  nein  
 ja, über \_\_\_\_\_ Jahre, welche? \_\_\_\_\_
- nein, Zyklus ist  regelmäßig, ca. \_\_\_\_\_ Tage  
 unregelmäßig



**Pilleneinnahme?**  nein  ja, seit? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

**Geburten?**  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

**Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch?**  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

**Allergien/**

**Medikamentenunverträglichkeiten:**  nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

**Alkohol- / Drogenabhängigkeit?**  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Einnahme von Medikamenten**  ja  nein

Welche? / Menge

---

---

---

---

---

---

---

---

(bitte evtl. Medikamentenplan beifügen)

**Regelmäßige Einnahme von Blutverdünnern?**  nein  ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden haben Sie aktuell?**

---

**Vielen Dank!**



## **Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO), erhoben, gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Hausärzte, Labor und evtl. Tumorzentren übermittelt und auch von dort eingeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

---

Name	Verwandtschaftsgrad
------	---------------------

---

Name	Verwandtschaftsgrad
------	---------------------

---

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Dr. Busch MVZ GmbH**  
Gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis  
Dr. med. Steffi Busch  
ärztliche Leiterin

Bei der Marienkirche 6  
99974 Mühlhausen

Tel.: +49 03601 758208  
Fax: +49 03601 758232  
Mail: [info@mvz-busch.de](mailto:info@mvz-busch.de)  
Web: [www.mvz-busch.de](http://www.mvz-busch.de)