

## Damen

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Beruf/letzte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Grund des Praxisbesuches: \_\_\_\_\_

	nein				ja
Harnverlust beim Niessen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Plötzlicher, starker Harndrang	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Geburten  nein  ja: \_\_\_\_\_

Unterleibsoperationen: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft möglich \_\_\_\_\_ (Bitte "ja" oder "nein" schreiben)

Allergie:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Blutverdünnung:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus:  nein  ja Metformin:  nein  ja

Nierenfunktionsstörung:  nein  ja \_\_\_\_\_

Herzinfarkt:  nein  ja Stent  nein  ja

Schlaganfall:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Herzrhythmusstörung:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:  
(HIV, HEP C..., usw. )  nein  ja: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Ich wäre ggf. mit Erinnerungen an anstehende Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen einverstanden: ja  nein

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Es ist mir bekannt, dass dieser Anamnesebogen in der Praxis eingescannt wird.

Rosenheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_