



AKUT Anamnese

Bitte sorgfältig ausfüllen und die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, so machen Sie bitte ein Fragezeichen. Je vollständiger Ihre Angaben sind, um so besser können wir Ihnen helfen.



Name: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Hausarzt: Krankenkasse:

Welche Beschwerden haben Sie?

.....

.....

.....

Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden? Seit wann?

Sind die Beschwerden schlimmer geworden? JA NEIN

Wurden Sie wegen den Beschwerden schon behandelt? JA NEIN

Wenn ja von wem, wann und womit?

.....

.....

Haben Sie Fieber? JA NEIN Wenn ja, wie hoch maximal:

Wann war die letzte Regel? Wann?

Könnten Sie schwanger sein? JA NEIN VIELLEICHT

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung und wo? Nur angeben, wenn nicht hier erfolgt

.....

Datum: Unterschrift:

Was müssen Sie jetzt tun?



Datenschutz-
erklärung als
PDF-Download
verfügbar

