



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

[Empty green box for Name, Vorname]

Name, Vorname

[Empty green box for Geburtsdatum]

Geburtsdatum

[Empty green box for Telefonnummer]

Telefonnummer

[Empty green box for Hausarzt]

Hausarzt

[Empty green box for vorheriger Frauenarzt]

vorheriger Frauenarzt

[Empty green box for Beruf]

Beruf

Letzte reguläre Periodenblutung: Körpergröße in cm: Gewicht in kg:

Wie viele Tage liegen zwischen 2 Periodenblutungen?

- Die Blutung ist: regelmäßig unregelmäßig mit Zwischenblutungen
 Zykluslänge: verkürzt unregelmäßig verlängert
 Blutungsstärke: schwach mittel stark
 Regelschmerzen: nein schwach/mäßig stark

In welchem Alter war Ihre ersten Periodenblutung?

Besteht Kinderwunsch? ja nein später

Geburten:

Ausgang der Schwangerschaft bzw. Geburt:	Datum: (bitte in die entsprechende Spalte eintragen), z.B. 07/2010			
Spontangeburt				
Kaiserschnitt				
Totgeburt				
Eileiterschwangerschaft (bitte Seite mit angeben) <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.			
Schwangerschaftsabbruch				
Fehlgeburt				

Gab es während einer Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?

Wann und welche?

Gynäkologische Operationen? ja nein

Wann und welche?

Hatten Sie andere Operationen? ja nein

Wann und welche?

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ja nein

Welche?

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? ja nein

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?

Wann wurde die letzte Mammographie durchgeführt?

Wann wurde der letzte Brustultraschall durchgeführt?



Frauenarztpraxis Palzer & Frobel

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? nein ja Wenn ja: Wann?

Mit welcher Methode verhüten Sie?

- keine Verhütungsring 3-Monats-Spritze Verhütungsstäbchen
- Kondom Pflaster Hormonspirale Sterilisation
- Pille (Name:) Kupferspirale andere:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja, welche? (bitte in Tabelle eintragen oder den aktuellen Medikamentenplan vorlegen)

nein

Medikament mit Dosierung (auch homöopathische Mittel)	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck Wechseljahresbeschwerden Herzinfarkt
- Diabetes Typ I / Typ II Hormonstörung Schlaganfall
- HIV Migräne Gerinnungsstörung
- Hepatitis Harninkontinenz Thrombose
- Schilddrüsenerkrankung Reizdarm Lungenembolie
- Lebererkrankung Depression/Angststörung Krampfadern
- Nierenerkrankung Osteoporose Epilepsie/Krampfanfälle
- Asthma/COPD Arthrose Blutungsneigung
- Krebserkrankung, welche?
- Andere

Rauchen Sie? ja, Zigaretten am Tag nein

Trinken Sie Alkohol? häufig gelegentlich nein

Ernährungsform: Mischkost Vegetarismus Veganismus Sonstiges:

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen (z.B. Brust- oder Eierstockkrebs), Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten? ja nein

Wenn ja - welche und bei was für einem Familienmitglied?

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....
Datum, Unterschrift