

Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Name, Vorname: _____ Alter: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Tel.-Nr.: _____ mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____ berufliche Tätigkeit: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ feste Partnerschaft ☐ verwitwet ☐ geschieden

Was ist der Anlass Ihres Besuches? _____

Wann war die letzte gyn. Untersuchung/Krebsvorsorge? _____

Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung? _____

Erste Regelblutung mit _____ Jahren 1. Tag der letzten Regelblutung: _____

bei Patientinnen vor der Menopause: Wieviel Tage liegen zwischen zwei Periodenblutungen? _____

Die Blutung ist ☐ normal ☐ schwach ☐ stark ☐ schmerzhaft ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Leiden Sie unter zyklusabhängigen Beschwerden (z.B. Kopfschmerz, psychische Verstimmung)? ☐ nein ☐ ja

nur bei über 50 Jährigen: letzte Mammographie? _____ letzte Darmspiegelung/Stuhltest? _____

Allergische Reaktion? ☐ nein ☐ ja, folgende _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja, _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja, folgende

Aktuelle Verhütungsmethode: _____

Sind Sie vollständig gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? ☐ nein ☐ ja

Waren Sie schon einmal schwanger? ☐ nein ☐ ja

Jahr	Geburtsgewicht	Art der Entbindung, Komplikation, Fehlgeburt

bitte wenden

Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ nein ☐ ja

Jahr	Art des Eingriffs

Eigene Erkrankungen:

☐ nein ☐ ja, folgende

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Herz-Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Thrombose/ Embolie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Migräne mit Aura	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Leber-/Gallefunktionsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Sonstige	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____

Erkrankungen in der Familie:

☐ nein ☐ ja, Art und Verwandtschaftsgrad

Thrombose/ Embolie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
erhöhter Blutdruck/Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Schlaganfall/ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Sonstige Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Richtigkeit** meiner Angaben sowie die **Kenntnisnahme** der „**Patienteninformation zum Datenschutz**“, welche in der Praxis aushängt.

- ☐ Ich bin mit einer Benachrichtigung durch den digitalen Terminkalender CLICKDOC zur Terminbestätigung sowie Terminerinnerung per SMS / E-Mail einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____