

Pat.-ID:

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen oder Ihre Anamnese sich vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen. So können wir eine optimale Versorgung in unserer Praxis ermöglichen.

Bitte fragen Sie nach, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens brauchen.

Name Vorname

Adresse

geboren am Größe (cm) Gewicht (kg)

Beruf

Telefon privat mobil

E-Mail

Hausarzt

Versicherungsstatus gesetzlich privat Selbstzahler

Anlass des Besuches Vorsorge Verhütung Gespräch
 Beschwerden Wechseljahre Schwangerschaft
 andere:

Wann war die letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt/-Ärztin?

Wann war der erste Tag der letzten Periode? regelmäßig unregelmäßig
 (sehr) schmerzhaft stark

Welche Art der Verhütung benutzen Sie? nicht (mehr) nötig Kondom / Diaphragma

Pille (welche) Sterilisation

Spirale (Welche? Wann eingesetzt?) andere Verhütungsmethode

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? Ja Nein

Falls ja, welche? (auch lokal)

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein? keine

.....
.....
.....

Pat.-ID:

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und warum?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Regelmäßiger Konsum von:

Wenn ja, wie viel/ Tag/ Woche/ Monat?

Zigaretten

Alkohol

Drogen

Eigene Erkrankungen:

(z.B. Unterleib, Geschlechterkrankungen, Blutdruck, Diabetes, Migräne, Schilddrüse, Herz, Krebs, Gerinnungsstörungen/ Thrombose/ Embolie, Epilepsie, Depressionen, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Nieren, Infektionen z.B. Hepatitis, HIV, Schlaganfall)

.....
.....
.....
.....

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja

Nein

Falls ja, wann/ was/ ggf. welches Krankenhaus?

(z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Brust, Magen/Darm, Genitalbereich, kosmetische Operationen)

.....
.....
.....
.....

Pat.-ID:

Waren Sie schon einmal schwanger?

Ja

Nein

Falls ja, bitte angeben:

(Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbrüche, Eileiterschwangerschaft)

.....
.....

Geburten:

Jahr	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus
------	------------	------------	----------------	-------------

.....
.....
.....
.....

Familienanamnese:

(Eltern, Geschwister, Großeltern – z.B. Krebs, Gerinnungsstörung/Thrombose/Embolie, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Herzinfarkt/Schlaganfall, Diabetes)

.....
.....
.....

Sonstiges:

.....
.....
.....

Bitte bringen Sie **wichtige Befunde** (z.B. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und gegebenenfalls Ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit.

Datum: Unterschrift: