

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

da Sie uns zum ersten Mal besuchen, bitten wir Sie sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen und den Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Mit Ihren Angaben unterstützen Sie uns, einen Überblick über Ihre aktuelle Situation, Ihre Krankengeschichte und eventuell vorhandene Risiken zu erhalten. So können wir eine optimale Beratung und Versorgung in unserer Praxis ermöglichen.

Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____; Alter: ____; Größe: ____; Gewicht: ____

Adresse: _____

Telefon (priv.): _____; (dienstl.): _____

Handy: _____

Email: _____

Beruf/ Tätigkeit: _____

Hausarzt: _____; Versicherung: _____

Letzte Krebsvorsorge: _____; Auffälligkeiten? _____

HPV- Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)? Nein Ja

Hatten Sie bereits eine Mammographie: Nein Ja, wann? _____

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung: Nein Ja, wann? _____

Grund Ihres Besuches? _____

Letzte Regelblutung: _____

In welchem Alter hatten Sie die erste Blutung? _____

Wie oft kommt die Blutung? _____

Wie lange dauert die Blutung? _____

Haben Sie Blutungsbeschwerden? _____

Schwangerschaften: _____ (Bitte alle Schwangerschaften eintragen)

Wieviele Geburten und wann? _____

Normale Geburten? _____

Kaiserschnitte? _____

Zangengeburt/ Saugglocke/n? _____

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? Nein Ja

Wenn ja, wann und welche? _____

Fehlgeburten? Nein Ja, wann? _____

Schwangerschaftsabbrüche? Nein Ja, wann? _____

Eileiterschwangerschaften? Nein Ja, wann? _____

Haben Sie Kinderwunsch? Nein Ja, seit wann? _____

Was haben Sie bisher unternommen? _____

Mit welcher Methode verhüten Sie?

- | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Pille (Name): | <input type="radio"/> Kondom |
| <input type="radio"/> Nuvaring | <input type="radio"/> Hormonspirale | <input type="radio"/> Kupferspirale |
| <input type="radio"/> Implanon | <input type="radio"/> 3-Monatsspritze | <input type="radio"/> Pflaster |
| <input type="radio"/> Sterilisation | <input type="radio"/> Sterilisation des Partners | |

Nehmen Sie Hormone (z.B. bei Wechseljahrsbeschwerden) ein? Nein Ja

Welche und seit wann? _____

Sind oder waren bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> Thrombose |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Krampfadern |
| <input type="radio"/> Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Asthma/COPD |
| <input type="radio"/> Hormonstörungen | <input type="radio"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="radio"/> Migräne/Aura? |
| <input type="radio"/> Muskel-/Skeletterkrankungen | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> häufige Blasenentzündungen | <input type="radio"/> Harninkontinenz | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Gemütererkrankungen | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | | |

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? Nein Ja

Welche und wann? _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen: _____

Rauchen Sie? Nein Ja wieviel/ Tag? _____

Alkohol Nein Ja 1-3x/Monat / 1-3x/Woche / täglich

Andere Suchtmittel Nein Ja nie / gelegentlich / regelmäßig

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Welche? _____

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Schlaganfall, Lungenembolie, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, genetische oder andere Erkrankungen aufgetreten? Nein Ja

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied, in welchem Alter aufgetreten?

Haben Sie einen Impfausweis?

Nein Ja

Bitte zeigen Sie uns Ihren Impfausweis. Gern prüfen wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit und beraten Sie zu notwendigen Impfungen.

Auch bitten wir Sie, vorhandene Befunde, Arztbriefe und Allergie- oder Blutgruppenausweise zu Ihrem Termin in unserer Praxis mitzubringen.

Wir möchten alle unsere Patientinnen ganz individuell und optimal behandeln!

Was wünschen Sie?

- Ich möchte nur solche Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende individuelle Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und sinnvoll sind.
- Ich möchte in das Recall-System aufgenommen werden und an die jährliche Routineuntersuchung und/ oder Impfungen erinnert werden.
- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden und bin über die Bestimmungen unserer Praxis zum Datenschutz informiert.

Und nun interessiert uns noch, wie Sie von unserer Praxis erfahren haben?

- Hausarzt
- Freunde/ Bekannte
- Telefonbuch
- Internet
- zufällig
- Sonstiges

Datum

Unterschrift Patientin

Anamnesebogen besprochen:

Datum

Unterschrift Ärztin

Schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben!