

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen, 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 Vorsorgeuntersuchung: _____; Auffälligkeiten? _____

HPV- Impfung („Gebärmutterhalskrebs-Impfung“)? Nein Ja, wann? _____

Hatten Sie schon mal eine Mammographie: Nein Ja wann? _____

Hatten Sie schon mal 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)

Wie viele Geburten und wann? _____

Normale Geburten? _____

Kaiserschnitte? _____

Zangengeburt/n/ 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 aktuell 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"/> Jungfrau | <input type="radio"/> Hormonspirale | <input type="radio"/> Kupferspirale |
| <input type="radio"/> Verhütungsring | <input type="radio"/> Implanon | <input type="radio"/> Pflaster |
| <input type="radio"/> Sterilisation | <input type="radio"/> Sterilisation des Partners | <input type="radio"/> 3-Monatsspritze |

Wie würden Sie Ihr sexuelles/ intimes Wohlbefinden einstufen?

(von 1 *schlecht* bis 5 *sehr gut*)

Nehmen Sie Hormone (z.B. bei Wechseljahresbeschwerden) 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"/> Wechseljahresbeschwerden | <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"/> Gemütskrankungen | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | | |

Leiden Sie unter unwillkürlichem Urinverlust und möchten etwas dagegen tun?

_____ Nein Ja

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? Nein Ja

Welche und wann? _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja wogegen? _____

Rauchen Sie? Nein Ja wieviel/ Tag? _____

Alkohol Nein Ja gelegentlich / regelmäßig

Drogen Nein Ja 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 und 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 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 Erinnerungssystem für die jährliche Routineuntersuchung aufgenommen werden.
- An meine Termine und evtl. Terminveränderungen möchte ich über Doctolib per SMS und E-Mail informiert werden.
- Ich bin damit einverstanden, über E-Mail kontaktiert und ggf. über vorliegende Befunde informiert zu werden.
- Vereinbarte Termine müssen mindestens 24 Std. vorher per Doctolib oder per E-Mail abgesagt werden, andernfalls behält sich die Praxis vor, eine Ausfallgebühr nach GOÄ zu erheben und bei wiederholt nicht wahrgenommenen Terminen keine weiteren Termine zu vergeben.

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

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

Datum

Anamnesebogen besprochen:

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Ärztin

Schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben!