

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten:

Name, Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
Straße	PLZ/Ort	Beruf
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon geschäftlich
Krankenkasse	Hausarzt	Telefon Hausarzt

Körpergröße in cm: Gewicht in kg:

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung?
In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wie lange dauert Ihr Zyklus? 24 T 26 T 28 T 30 T 32 T unregelmäßig kürzer länger

Wie lange dauert die Blutung? Tage

Anzahl und Jahre Ihrer Geburten? natürliche Geburt/en* Kaiserschnitt/e*
..... Zange/Saugglocke/n* * Geburtsjahr

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? ja nein

Wann und welche?

Anzahl und Jahre Ihrer Fehlgeburten?

Anzahl und Jahre Ihrer Eileiterschwangerschaften? li. re.

Anzahl und Jahre Ihrer Schwangerschaftsabbrüche?

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? 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/der letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ja nein Wann?

Mit welcher Methode verhüten Sie?

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Pille , Pillenname: | <input type="radio"/> Kondom |
| <input type="radio"/> Verhütungsstäbchen (Implanon) | <input type="radio"/> Hormonspirale (Mirena, Jaydess) | <input type="radio"/> Kupferspirale |
| <input type="radio"/> Sterilisation | <input type="radio"/> Sterilisation des Partners | <input type="radio"/> Nuvaring |
| <input type="radio"/> 3-Monats-Spritze | <input type="radio"/> Pflaster | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

Welche und seit wann?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Krampfadern | <input type="radio"/> Migräne |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Hormonstörung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Harninkontinenz | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="radio"/> Gemütererkrankung |
| <input type="radio"/> Asthma/COPD | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Sonstige: |

Rauchen Sie? ja nein

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied?

In welchem Alter aufgetreten?

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied?

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Hausarzt | <input type="radio"/> Von Bekannten - Name: |
| <input type="radio"/> Zufällig | <input type="radio"/> Sonstiges |
| <input type="radio"/> Internet | |

Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? ja nein
Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten: Telefon Post E-Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege? Post E-Mail
Falls nötig, bin ich damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden. ja nein

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

.....
Datum, Unterschrift