

Patientenanamnesebogen

Herzlich willkommen.

Es freut uns, Sie als neue Patientin in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um uns ein Bild über Ihre Erkrankungen/ Anamnese machen zu können und Sie bestmöglich betreuen zu können, benötigen wir noch einige weitergehende Informationen von Ihnen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:..... Vorname:..... Geb. Datum:.....

Aktuelle Adresse:.....

Heimatadresse:

Telefon privat:..... Handy:.....

E-Mail-Adresse:.....

Hausarzt:.....

Fam. Stand:..... Beruf:.....

Wie groß sind Sie?cm Wie viel wiegen Sie? kg

Menarche (1.Periode) mit Jahren Menopause (Klimakterium) mit Jahren

Haben Sie die üblichen Kinderkrankheiten gehabt? Nein Ja, welche ?
(Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, etc.)

Haben Sie Impfungen gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) erhalten (ja wann/ nein, Anzahl d. Impfungen)?

Besitzen Sie einen gültigen Impfpass? Ja Nein

Wurden Sie in letzter Zeit geimpft? Ja Nein Wann?

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?

Wann war die letzte Mammographie (Bruströntgen oder auch Screening)?

Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung gemacht? Nein Ja Wann?

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? Ja Nein
welche und in welchem Jahr ?

Welche Form der Operationen wurde danach durchgeführt und wann
Monat u. Jahr ?

Chemotherapie: Ja Nein
Wann (Zeitraum) ?

Bestrahlung: Ja Nein
Wann (Zeitraum) :

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Bitte den Namen oder den Stoff der Medikamente b. Unverträglichkeit angeben:

1/3

Kam es durch das Auftreten einer Allergie schon einmal zu unerwünschten Nebenwirkungen, bzw. zu einem anaphylaktischen Schock bei Ihnen? Ja Nein

Rauchen Sie? Nein Ja,Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein, wenn ja wie viel pro Woche?

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Ja Nein

Benutzen Sie regelmäßig Verhütungsmittel (Pille, etc.) Ja Nein

Welche ?

Nehmen Sie regelmäßig Hormone (Verhütung oder aber auch Klimakterium) ein?

Ja Nein

Name des Präparates :

Ist Ihre Periode regelmäßig? Ja Nein unregelmäßig

(Bitte geben Sie an, wie viel Tage die Blutung andauert und wie viel Tage sie im Zyklus ohne Blutung sind):

.....

Wann war Ihre letzte Periodenblutung? (1. u. letzter Tag)

Vom bis zum

Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen, Herzerkrankungen, etc.) Ja Nein

Welche ?

Gibt es in der Familie Personen mit chronischen Erkrankungen (Diabetes, Rheuma, etc. - Wer ist erkrankt und woran ist die Person erkrankt)?

.....

Sind bei Ihnen organischen Schäden oder Fehlbildungen bekannt (z.B.Nierenschäden, Nierenfunktionsstörungen, Leberschäden oder Leberfunktionsstörungen, etc.)?

Welche ?

.....

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente in Langzeittherapie ein (Herz / chron. Erkrankungen, Antidepressiva, etc) ? Ja Nein

Name des derzeitigen Medikamentes :

Haben oder hatten Sie selbst Gefäßerkrankungen? Nein Ja, Welche ? Wann ?

.....

(schwere) Krampfadern

Herzinfarkt

(Lungen) Embolie

Thrombose

Hatten Sie Operationen in diesen Bereichen, z.B. Stripping, Herz – Op 's, etc ?

Ja

Nein

Wann ?

Haben Sie Personen mit Gefäßerkrankungen/ Thrombosen/Embolien/ Gerinnungsstörungen in der Familie ? Welche Person(en) welche Form der Erkrankung ?

.....

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?

Ja

Nein

ansonsten in der Familie (Welche Person/en).....

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner ein? Ja Nein

Name des Medikamentes.....

2/3

Besitzen Sie einen Medikamentenplan? Ja Nein

Gibt es Brustkrebserkrankungen oder andere, gynäkologische Krebserkrankungen in der Familie: Nein Ja

Welches Mitglied der Familie ist erkrankt und an welcher Krebsform?

(mütterlicherseits oder väterlicherseits):

Gibt es andere Krebserkrankungen in der Familie: Ja Nein

Wer in der Familie ist an Krebs erkrankt und um welchen Krebs handelt es sich?

.....

.....

Gibt es Osteoporose in der Familie? Wer ?

Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen im Bauchraum oder Brustbereich?

(Ausschabungen, Blinddarmoperation , Totaloperationen , Zystenoperationen, usw.)

Nein Ja, welche Operationen und in welchem Monat/ Jahr:

.....

Haben Sie Kinder geboren:

Ja

Nein

Geburtsjahr des Kindes

Spontan, Vakuum, Kaiserschnitt

Geschlecht des Kindes

19.....

19.....

20.....

20.....

Hatten Sie Fehlgeburten?

Ja

Nein

wann ? 19..... 19..... 19..... 20..... 20.....

Hatten Sie Schwangerschaftsunterbrechungen?

Ja

Nein

wann ? 19..... 19..... 20..... 20.....

Wünschen Sie nach der Vorstellung in unserer Praxis bei abklärungsbedürftigen Befunden einen Bericht an Ihren zuständigen Haus- bzw. Facharzt?

ja bitte

nein danke

Unterschrift d. Patientin:

Adresse u. Name des Haus- bzw. Facharztes:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Bogen auszufüllen.

(Den Bogen bitte anschließend an der Anmeldung abgeben)

Zu guter Letzt: Sie sind unser wichtigster Partner, wenn es darum geht, Ihre Gesundheit zu schützen und zu erhalten. Aus diesem Grunde sprechen Sie uns bitte bei Fragen oder Problemen immer offen an.

Sollten Sie einmal einen bereits vereinbarten Termin in unserer Praxis nicht einhalten können, so dürfen wir Sie freundlichst bitten, sich telefonisch mind. 12 Stunden vor Termin mit uns in Verbindung zu setzen, damit wir diesen Termin dann anderen Patienten zur Verfügung stellen können.

Sie werden durch unsere Praxis automatisch an Ihren nächsten Termin erinnert!