

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung abstimmen zu können.

Name: _____ **Vorname:** _____

Adresse: _____

geboren am: _____

Körpergröße in cm : _____ **Körpergewicht in kg :** _____

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonisch erreichbar: privat: _____ **Handy:** _____

Email: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit _____ Jahren

keine Regel (Periode) mehr seit _____ Jahren

ist (oder war) die Periode regelmäßig? ja, alle _____ Tage

nein, _____

Sind sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn Ja, wann erfolgte die letzte Impfung?

HPV _____ Masern, Mumps, Röteln _____

Keuchhusten _____

Wann war die letzte **gyn. Untersuchung**? _____

Wann war die **letzte Krebsvorsorge**? _____

Wann war die **letzte Mammographie**? _____

Haben Sie derzeit Beschwerden?

nein ja welche? _____

→BITTE WENDEN

Haben Sie derzeit Probleme im Sexualleben?

nein ja welche? _____

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale-3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondome etc.

Methode	von	bis

eigene Erkrankungen:

z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Leber-, Nierenerkrankungen

ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder etc.)	Erkrankungen (Krebsleiden, Bluthochdruck, Diabetes, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten, Thrombose, Lungenembolie)

allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):

Datum	Art des Eingriffs

gynäkologische Operationen:

Datum:	Art des Eingriffs

Geburten:

Datum:	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum:	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-Schwangerschaft (rechts, links)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Besteht derzeit bei Ihnen Kinderwunsch?

ja, seit _____ nein

Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

ja nein

Wenn ja: Wann war der 1.Tag der letzten Periode?

Medikamenten, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktionen auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod etc.)

nein ja, auf: _____

Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

Dr. Hoppstock/Dr. Seck

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von

Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

Ich _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnort)

Erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt zu führenden Dokumentationen und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern (z.B. Labor) die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____
(Name, Straße, Ort) _____

Weitere Personen oder Institutionen: _____
(Name, Ort, ggf. Geb. Datum) _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
des gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.