

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen oder sich Ihre Anamnese vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen. So können wir eine bestmögliche Versorgung in unserer Praxis ermöglichen.

Bitte bringen Sie wichtige Befunde (z. B. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und gegebenenfalls Ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit.

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
geboren am _____ Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____
Beruf _____ Telefon (privat) _____ Mobil _____
E-Mail _____ Hausarzt _____

Versicherungsstatus gesetzlich privat Selbstzahler Beihilfe berechtigt

Anlass des Besuches

- Vorsorge Verhütung Kinderwunsch Schwangerschaft Beschwerden
 Gespräch auffälliger Pap-Abstrich Nachsorge andere

Wann war der letzte Besuch beim Frauenarzt? _____

Wann wurde bei Ihnen die letzte (Krebs-)Vorsorge mit PAP-Abstrich durchgeführt? _____

Wurde seit dem 01.01.2020 bereits ein sog. Co-Test (Pap-Abstrich mit HPV) bei Ihnen durchgeführt?

- ja nein weiß ich nicht

Haben Sie bereits eine Impfung gegen HPV erhalten? (Cervarix oder Gardasil 4/9)

- ja nein weiß ich nicht

Wann war der erste Tag der letzten Periode? _____

Wie ist Ihr Zyklus?

- regelmäßig normale Blutung Zwischenblutungen
- unregelmäßig starke Blutungen schmerzhaft

Welche Art der Verhütung benutzen Sie?

- keine Kondom / Diaphragma Sterilisation Sterilisation beim Partner
- Pille (welche?) _____
- Spirale (welche? Wann eingesetzt?) _____
- Implanon-Verhütungsstäbchen (wann eingesetzt?) _____
- andere Verhütungsmethode _____

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? Ja Nein

→ Falls ja, welche? (auch lokal) _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

Anzahl Geburten _____ Fehlgeburten _____ Abbrüche _____ Eileiterschwangerschaften _____

Davon spontan _____ Kaiserschnitt _____ Zange _____ Saugglocke _____

Komplikationen _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

→ Wenn ja, welche? (z.B. Blutdruck, Herz, Schilddrüse, Psychopharmaka, Vitamine, Blutverdünner) _____

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie (→ Röntgen der Brust)? Ja Nein

→ Wenn ja, wann und wo? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung Ja Nein

→ Wenn ja, wann und warum? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

→ Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?

- Nein, ich habe noch nie regelmäßig geraucht
- Ich habe vor _____ Jahren aufgehört
- Ja (wenn ja, wie viel Zigaretten täglich?) _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- Bluthochdruck
- Thrombose
- Lebererkrankung
- Diabetes
- Röteln
- Schilddrüsenerkr.
- Blutungsneigung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Herzinfarkt
- Osteoporose
- Harninkontinenz
- Asthma/COPD
- Windpocken
- Hepatitis
- Krebserkrankungen (Welche?) _____
- sonstiges _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

z. B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Brust, Magen/Darm, Gebärmutter, Eierstöcke, kosmetische Operationen)

→ Falls ja, wann/was/ggf. welches Krankenhaus? _____

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen? Ja Nein

→ Wenn ja, wer und in welchem Alter? _____

- Krebs
- Gerinnungsstörung (Thrombose/Embolie/Blutungsneigung)
- Autoimmun- oder Erbkrankheiten
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum _____

Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!