

## Anamnesebogen für neue Patientinnen

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und beantworten uns vorab die folgenden Fragen.

Vielen Dank!

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Telefon:.....

e-mail:.....

Alter bei erster Regelblutung:

Datum der letzten Regelblutung:

*Besonderheiten* (zutreffendes bitte unterstreichen): Unregelmäßig/ sehr schmerzhaft/ sehr stark

Verhüten Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Falls JA: ☐ Pille ☐ Spirale ☐ Ring ☐ Kondom ☐ Sonstiges

Anzahl der Schwangerschaften (inclusive Fehlgeburten, Abbrüche, Eileiterschwangerschaften):.....

Anzahl der Geburten insgesamt: davon Kaiserschnittentbindungen:

Gynäkologische Operationen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: wann und welche?

Andere Operationen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: wann und welche?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- ☐ Gerinnungsstörung/ Blutungsneigung ☐ Thrombose ☐ Embolie ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt  
☐ Bluthochdruck ☐ Migräne ☐ Krampfadern ☐ Leberwerkrankung ☐ Nierenerkrankung  
☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Diabetes mellitus ☐ Epilepsie ☐ Asthma ☐ HIV ☐ Hepatitis  
☐ Krebserkrankung, wenn ja, welche?.....

Allergien (insbesondere **Unverträglichkeit von Medikamenten**): ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: welche?

Rauchen Sie?    ☐ Ja            ☐ Nein

Wenn JA: Anzahl der Zigaretten täglich?.....

Sind Sie zur Zeit berufstätig?    ☐ Ja            ☐ Nein

Wenn ja: welchen Beruf üben Sie aus?.....

Aktuelle Medikamente:(z.B. Pille, ASS, Marcumar).....  
.....

**Erkrankungen in der blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tante, Onkel)**

Thrombose:            ☐ Ja            ☐ Nein            falls ja: Wer? In welchem Alter?

Embolie:            ☐ Ja            ☐ Nein            falls ja: Wer? In welchem Alter?

Herzinfarkt:            ☐ Ja            ☐ Nein            falls ja: Wer? In welchem Alter?

Schlaganfall :            ☐ Ja            ☐ Nein            falls ja: Wer? In welchem Alter?

Krebserkrankungen:    ☐ Ja            ☐ Nein            falls ja: Wer? In welchem Alter?

Diabetes/ Bluthochdruck/ andere Erkrankungen    ☐ Ja            ☐ Nein

**Wann war die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?**.....

**Bei Frauen ab 50 Jahren:**

Haben Sie schon einmal am Mammographie-Screening teilgenommen?    ☐ Ja            ☐ Nein

wenn ja: wann zuletzt?

Haben Sie schon einmal eine Darmspiegelung (Coloskopie) durchführen lassen?    ☐ Ja            ☐ Nein

wenn ja: wann zuletzt?

**Einwilligungserklärung zur Datenverwendung und Datenweitergabe**

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Die Praxis darf mich über die von mir angegebenen Wege (Adresse, Telefon, e-mail) kontaktieren. Die Praxis darf meine Befunde und Behandlungsdaten zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung bei medizinischen Einrichtungen ( Labor/ Krankenhaus/ Ärzte) anfordern und mich betreffende Befunde und Behandlungsdaten an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer weiterleiten.

Datum.....

Unterschrift.....