

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe 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. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße	PLZ/Ort	e-mail
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon geschäftlich
Hausarzt	Körpergröße	Körpergewicht

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt?

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?

Hatten Sie schon mal eine Mammographie? Wenn ja, wann?

Wann wurde bei Ihnen der letzte Brustultraschall durchgeführt?

Wurde bei Ihnen die HPV-Impfung (gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt?

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann?

Sind bei Ihnen Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung?.....

Wie lange dauert Ihr Zyklus? Ist/war der Zyklus regelmässig?

Wie lange dauert die Blutung?..... Ist sie schmerzhaft?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....

.....

Nehmen Sie Hormone ein? Welche und seit wann?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zig/Tag?

Bisher von Ihnen angewendete Verhütungsmethoden

Methode	von	bis

Persönliche Erkrankungen

Erkrankung	Seit? (Erstdiagnose)

Allgemeine Operationen

Datum	Operation	Krankenhaus

Gynäkologische Operationen

Datum	Operation	Krankenhaus

Geburten

Datum	Geschlecht	Gewicht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus

Sonstige Schwangerschaften

Datum	Fehlgeburt /SSW	Eileiterschwangerschaft (rechts/links?)	Schwangerschaftsabbruch

Erkrankungen in der Familie

(bitte ankreuzen; wenn möglich Altersangabe und Angabe mütterlicherseits/väterlicherseits einfügen)

Erkrankung	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern	Kinder	Tante/Onkel
Brustkrebs						
Unterleibskrebs						
Darmkrebs						
Krebs allgemein						
Darmkrebs						
Herzinfarkt						
Schlaganfall						
Thrombose						
Diabetes						
genetische Erkrankungen/ Behinderungen						

Sind Ihre Impfungen vollständig (bitte Impfpass mitbringen)?

Wünschen Sie Auffrischimpfungen? Wenn ja, welche?

Aktuelle Beschwerden/Grund Ihres heutigen Besuchs:

.....

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

.....
 Datum, Unterschrift