

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUPATIENTINNEN

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.

Allgemeine Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		Beruf
Telefon privat	Telefon mobil	E-mail
Hausarzt	Körpergröße (cm)	Körpergewicht (kg)

Medizinische Angaben

Was ist der Grund Ihres Besuchs in unserer Praxis?

- ☐ Krebsfrüherkennungsuntersuchung ☐ Beschwerden _____
☐ Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung ☐ Sonstiges _____

Angaben zu vorangegangenen Vorsorgeuntersuchungen , bitte Datum angeben

- ☐ Krebsvorsorgeuntersuchung bei Frauenarzt (bitte letzten Abstrich-Befund beilegen) _____
☐ Mammografie (Screening ☐ Ja ☐ Nein) _____
☐ Brustultraschall _____
☐ Darmspiegelung (Empfehlung zur Wiederholung wann?) _____
☐ Impfungen (Impfpass bitte mitbringen) _____

Angaben zu Ihrer Regelblutung

- ☐ In welchem Alter hatten Sie ihre erste Regelblutung? _____
☐ Wann war die letzte Regelblutung (auch wenn Sie schon in der Menopause sind)? _____
☐ Gibt es Besonderheiten Ihrer Regelblutung? ☐ Nein ☐ Ja , und zwar: _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder Hormonpräparate ein? ☐ Nein ☐ Ja
 (Wenn vorhanden, bitte Ihren Medikamentenplan mitbringen)

Medikament/Dosierung/seit wann? _____

Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmethoden? (z.B.Antibaby-Pille, Hormonpflaster,-spirale)

☐ Nein ☐ Ja, ich verwende _____ seit _____

Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Ja , meine letzte Periode begann am _____ ☐ ich bin mir nicht sicher

Waren Sie schon einmal schwanger?

☐ Nein ☐ Ja, ich hatte _____ Schwangerschaften und _____ Geburten.
(Bitte geben Sie auch Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche an)

Datum	Geschlecht	Gewicht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert, bes. gynäkologische Operationen? ☐ Nein ☐ Ja
(z.B. Gebärmutterentfernung, OP an den Eierstöcken, Brustoperationen, Konisationen, sonstige OP)

Datum	Operation	Krankenhaus

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja _____ Zigaretten pro Tag ☐ ich rauche nicht mehr seit _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, gelegentlich ☐ Ja, regelmäßig

Konsumieren sie andere Drogen? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Allergien? ☐ Nein ☐ Ja _____

Persönliche Erkrankungen

☐ NEIN, ich habe **keine** Vorerkrankungen. ☐ JA, ich habe folgende Vorerkrankungen (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Migräne |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Epilepsie |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Asthma |
| ☐ Thrombose/Embolie | ☐ COPD |
| ☐ Gerinnungsstörung. | ☐ Erbkrankheiten |
| ☐ Erhöhte Blutungsneigung | ☐ Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) |
| ☐ Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin). | ☐ Krebserkrankungen |
| ☐ Diabetes mellitus ☐ Typ I ☐ Typ II | ☐ Gemütskrankungen (z.B. Depressionen) |
| ☐ Lebererkrankungen | ☐ Wechseljahrsbeschwerden |
| ☐ Osteoporose | ☐ andere Vorerkrankungen /Besonderheiten: |
| ☐ Arthrose | _____ |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | |
| ☐ Nierenerkrankungen | |

Erkrankungen in der blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder)

☐ Mir sind **keine** Erkrankungen in meiner blutsverwandten Familie bekannt.

- | | |
|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Krebserkrankungen |
| ☐ Herzinfarkt | _____ |
| ☐ Schlaganfall | _____ |
| ☐ Thrombose/Embolie | |
| ☐ Gerinnungsstörung. | ☐ andere Erkrankungen/Besonderheiten |
| ☐ Diabetes mellitus ☐ Typ I ☐ Typ II | _____ |
| ☐ Osteoporose | _____ |

WICHTIGER HINWEIS

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig (**mindestens 24 Stunden**) vorher ab, damit es uns möglich ist, anderen Patientinnen den Termin anzubieten. Bitte haben Sie Verständnis, wenn Ihnen für nicht eingehaltene und rechtzeitig abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt wird. Dieses **Ausfallhonorar** beträgt derzeit **50€**, wird fortlaufend angepasst und Ihnen nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verarbeitet, dokumentiert und gespeichert werden.

.....
Oberursel, Datum

.....
Unterschrift der Patientin oder ggf. der gesetzlichen Vertretung