

Anamnesebogen für Patientinnen

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Beruf:	
Hobby:	
Telefon:	
Fax:	
Mobil:	
Email-Adresse:	
Internetseite:	
Familienstand:	
Beruf:	
Krankenversicherung:	
Hausarzt:	
Ihr letzter Frauenarzt:	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Überweiser	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Familie / Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/> Kollegen
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Medizinischer Teil

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? _____

Wie ist Ihre Zyklus Dauer? 26 - 30 Tage kürzer länger
(Ender der Blutung bis Beginn zur nächsten unregelmäßig / regelmäßig
Blutung)

Wie lange hält Ihre Periode an? _____

Haben Sie Schmerzen während Ihrer Periode? Ja Nein

Wie stark ist Ihre Blutung? stark mittel schwach

Wann war Ihre letzte Periode (1. Tag)? _____

Wie ist Ihre Blutgruppe? _____

Haben Sie einen Impfpass? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Hormone ein?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Verhüten Sie?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit:
	<input type="checkbox"/> Pille / welches Präparat:
	<input type="checkbox"/> Spirale
	<input type="checkbox"/> Kupferkette
	<input type="checkbox"/> Sterilisation
	<input type="checkbox"/> Sterilisation des Partners
	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien bekannt? Allergiepass?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Waren Sie schon einmal zur Mammographie?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt:
	1.
	2.

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?		
1.	Monat:	Jahr:
2.	Monat:	Jahr:
3.	Monat:	Jahr:
4.	Monat:	Jahr:

Leiden Sie aktuell unter Beschwerden? In welcher Form?

Haben Sie (chronische) Krankheiten?

Haben Sie Kinder? Geschlecht? Geburtsjahr? Wie entbunden? Frühgeburt?	
<input type="checkbox"/> Ja	1.
	2.
<input type="checkbox"/> Nein	3.
	4.

Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch? Wenn ja, wann?	
<input type="checkbox"/> Ja	1.
<input type="checkbox"/> Nein	2.
	3.
	4.

Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der folgenden Organe?		
- Gebärmutter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / Jahr:
- Eierstöcke / Eileiter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / Jahr:

Hatten Sie schon einmal folgende Erkrankungen		
- Thrombose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / Jahr:
- Venenentzündung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / Jahr:
- Embolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / Jahr:

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?		
- Masern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- Windpocken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- Scharlach	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- Röteln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- Mumps	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Rauchen Sie?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Trinken Sie Alkohol?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (mehr als tägl. 150 ml \cong 1 Glas Wein)
Nehmen Sie Drogen?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

FAMILIENANAMNESE (Großeltern, Eltern und Geschwister)

Hatte jemand aus der Familie jemals eine(n)	
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus („Zucker“)
<input type="checkbox"/> Venenentzündung	<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen? Wenn ja, wer und welche?	
<input type="checkbox"/> Ja	1.
<input type="checkbox"/> Nein	2.
	3.
	4.

Ich bestätige, dass meine oben gemachten Angaben vollständig und korrekt sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Hinweise

Wir erlauben uns, Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine (spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin) in Rechnung zu stellen.

Einverständniserklärung Recall-System / Patienteninformation

- Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Erinnerungssystem des **Ingolstädter GynZentrums** einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich in festgelegten Zeitabständen an Kontrolltermine und Folgeuntersuchungen erinnert.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich per E-Mail einen Gesundheitsbrief / Patientenbrief erhalte, der mich über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Gesundheit und Vorsorge informiert.

Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient