

# ANAMNESEBOGEN

Version 20210422

Patienten-Nr.

Sehr geehrte Patientin,

ich möchte Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig auszufüllen und bei Ihrem ersten Besuch mit zu bringen. Da wir Sie noch nicht kennen, helfen Sie uns damit, einen schnellen Überblick und Informationen über eventuelle Vorerkrankungen und medizinische Risiken zu erhalten, und somit eine optimale Versorgung für Sie zu gewährleisten.

Vielen Dank!

Nachname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			
Anschrift					
Telefon (privat)	Telefon (mobil/geschäftlich)	E-Mail			
Körpergröße (cm)			Körpergewicht (kg)		
Hausarzt (Name, Anschrift)					
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag (oder pro Woche/Monat)?					
JA	NEIN				
Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag?					
JA	NEIN				
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig?					
nie	selten	gelegentlich	regelmäßig		
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche und wie häufig?					
JA	NEIN				
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?					
JA	NEIN				
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?					
JA	NEIN				





<b>Haben Sie eine regelmäßige Periode?</b>		<b>Alter bei der 1. Periode</b>	<b>Dauer und Abstand zwischen den Perioden (Tage)</b>	
JA	NEIN			

**Verhüten Sie zurzeit?** Wenn ja, wie und seit wann?

JA	NEIN
----	------

<b>Haben Sie schon einmal mit einer Spirale verhütet?</b> Wenn ja, wann?	<b>Welche sonstigen Verhütungsmethoden haben Sie bereits angewendet?</b>
JA	NEIN

**Geburten** Bitte geben Sie für jede Geburt Datum, Geschlecht, Geburtsart (normal, Kaiserschnitt) und aufgetretene Komplikationen an

	Datum	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen
1				
2				
3				
4				

**Sonstige Schwangerschaften** (Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft (links/rechts), Schwangerschaftsabbruch)

	Datum	Grund
1		
2		

**Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt?**

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?** Wenn ja, wann?

JA	NEIN
----	------

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie durchgeführt?** Wenn ja, wann?

JA	NEIN
----	------

**Haben Sie schon eine HPV-Impfung erhalten?** Wenn ja, wann?

JA	NEIN
----	------

**Erkrankungen in der Familie** (bitte ankreuzen; wenn bekannt, bitte mit Altersangabe)

Erkrankung	Vater	Mutter	Bruder/Schwester	Großeltern	Tante/Onkel
Brustkrebs (väter-/mütterlicherseits)					
Gebärmutter(hals)krebs					
Darmkrebs					
Sonstiger Krebs					
Herzinfarkt					
Schlaganfall					
Thrombose					
Diabetes mellitus					



**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?**

- Blutgerinnungsstörung
- Venenthrombose
- Lungenembolie
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall

- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus
- Leberfunktionsstörung
- Lebertumor
- Schilddrüsenerkrankung
- Asthma bronchiale

- Epilepsie
- Endometriose
- Migräne mit Aura
- Migräne ohne Aura
- Hepatitis
- HIV

**Krebserkrankung?** Wenn ja, welche? Welche Therapie? (Bestrahlung, Chemotherapie, Hormontherapie)

JA	NEIN
----	------

**Sonstige Erkrankungen?**

**Hatten Sie jemals Entzündungen im Bauchraum?**

JA	NEIN
----	------

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**

JA	NEIN
----	------

**Operationen** Bitte geben Sie für jede Operation Datum und Art des Eingriffs an und wo dieser durchgeführt wurde

	Datum	Art des Eingriffs	Krankenhaus/Praxis
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Sonstige Bemerkungen**

Bitte bringen Sie auch Ihren **Impfpass** mit!

Falls es Befunde gibt, die Sie uns vorlegen möchten, bitten wir Sie, uns diese schon vorab per E-Mail oder Fax zu übermitteln. Vielen Dank!

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass bei nicht rechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) ein **Ausfallshonorar in Höhe von EUR 50,-** in Rechnung gestellt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift