

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

Sie haben das erste Mal einen Termin in unserer Praxis. Wir freuen uns auf Sie. Die neue Situation und Umgebung ist oft etwas aufregend. Leicht vergisst man etwas.

Damit wir Sie gut versorgen können und Sie Zeit haben sich vorzubereiten, möchten wir Ihnen die Gelegenheit geben, schon in Ruhe zu Hause über für uns wichtige Fragen nachzudenken, eventuell auch in der Familie nachzuforschen. Wir bitten Sie deshalb diesen Anamnesebogen auszudrucken und ihn ausgefüllt zum ersten Termin mitzubringen.

Name.....

Vorname..... Geb.Dat.....

Was hat Sie veranlasst einen Termin bei uns zu vereinbaren? Gibt es akute Fragen, Beschwerden, Probleme? (bitte schreiben Sie ggf. gerne am Ende des Fragebogens weiter):.....

.....

Brauchen Sie Verhütungsberatung?.....

1. Wurden Sie schon einmal eine **operiert?**(auch ambulant, auch kleine Eingriffe) was und wann:

.....
.....
.....

2. Haben Sie **Allergien?** nein ja
wenn ja, auf was?

.....
wenn ja welche Symptome?

.....
3. Haben/hatten Sie **Infektionserkrankungen** wie HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Chlamydien oder andere? ja nein
Welche?.....

4. Haben/hatten Sie

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------|----------------------------|
| - ein Anfallsleiden Epilepsie | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Asthma/Lungenerkrankung | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Blutgerinnungsstörung | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Thrombose/Venenentzündung | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Diabetes/Zuckerkrankheit | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Drogenabhängigkeit | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Nervenkrankheit | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Nierenerkrankung | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Ohnmachtsanfälle | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Osteoporose | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Rheuma/Arthritis | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Psychotherapie | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - Sonstige Erkrankungen | ja <input type="radio"/> | seit | nein <input type="radio"/> |
| - welche?..... | | | |

5. **Rauchen** Sie? nein ja Was /wie viel am Tag/die Woche.....
Haben sie früher geraucht? nein ja von wann bis wann.....

6. Waren sie jemals **schwanger**? nein ja
wie oft insgesamt ?.....
wenn ja: Jahr und Art der **Entbindung**.....
.....
Abort wann?.....
Schwangerschaftsabbruch ?

Hatten Sie eine Sterilitätstherapie ? nein ja

welche/wie/oft/wann?.....

7. Welche **Medikamente**, auch Pille, pflanzliche Präparate oder Vitamine bzw Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?
.....
.....

8. **Zyklus/Periode**: wann war der erste Tag der letzten Blutung?.....
in welchen Abständen kommt die Blutung (vom ersten bis ersten Tag gerechnet)?
Wenn es wechselt, bitte die längsten und kürzesten Abstände angeben
.....
Wie viele Tage bluten sie?

Haben Sie Schmerzen bei der Blutung? nein ja

Wie alt waren Sie bei der ersten Blutung?.....

9. Hatten Sie schon einmal eine **Psychotherapie**? nein ja
Wann, wie lange, weswegen?.....

10. Gibt es in Ihrer **Familie** (Großeltern, Eltern, Tanten, Onkel und Geschwister) eine oder mehrere der genannten Erkrankungen? Falls ja bitte genau angeben wer ggf. auch mehrere Personen z.B. Oma mütterliche /väterliche Seite (Oma m/v) der Verwandtschaftsgrad ist wichtig , sowie das Alter in dem die genannte Person erkrankt ist

| | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| Blutgerinnungsstörung | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | |
| Thrombose/Venenentzündung | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | |
| Herzinfarkt | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | wer? War diese Person über oder unter 50 Jahre alt?..... |
| | | | |
| Schlaganfall | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | |
| Krebserkrankungen | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | wer und was genau?..... |
| | | | |
| Brustkrebs und | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | wer und in welchem Alter?..... |
| Eierstockkrebs | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> | wer und in welchem Alter?..... |

Bei Unterleibskrebs weiblicher Verwandter bitte genau nachfragen, ob es sich um Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs oder Eierstockkrebs handelt und in welchem Alter die Erkrankung festgestellt wurde

Behinderungen/Fehlbildungen nein ja was/bei wem

.....

Teil 2 Akuter Anlass des Termins:

.....

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

Vielen Dank für Ihre Mühe