



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 sie Zeit haben sich vorzubereiten und wir sie gut versorgen können, möchten wir ihnen die Gelegenheit geben schon in Ruhe zuhause 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. (Wenn der Platz nicht reicht bitte auf der Rückseite weiterschreiben.)

Name.....

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

Familienstand.....

Leben sie in einer festen Beziehung

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):.....

.....

1. Wurden sie schon einmal operiert (auch ambulant, auch kleine Eingriffe) was und wann:

.....

.....

2. Haben sie Allergien? nein ja wenn ja auf was

.....

Wenn ja, was für Symptome

.....

3. Haben/hatten sie Infektionserkrankungen wie HIV Hepatitis Tuberkulose Chlamydien oder andere? ja nein

Welche.....

4. Haben/hatten sie ; wenn ja bitte angeben wann bzw. seit wann

- ein Anfallsleiden Epilepsie ja nein
- Asthma/Lungenerkrankung ja nein
- Blutgerinnungsstörung ja nein
- Thrombose/Venenentzündung ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nervenkrankheit ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Osteoporose ja nein
- Rheuma/Arthritis ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Psychotherapie ja nein
- Sonstige Erkrankungen ja nein
- welche?.....

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

6. Waren sie jemals schwanger? nein ja wie oft insgesamt.....
wenn ja: Geburt? Jahr und Art der Entbindungen?.....
.....
Abort? Jahre.....
Schwangerschaftsabbruch ?

Hatten sie einen Sterilitätstherapie nein ja welche/wie oft/wann.....

7. Welche Medikamente auch Pille, Pflanzliche Präparate oder Vitamine 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 die längsten und kürzesten Abstände angeben
bitte).....
Wie viele Tage bluten sie?

Haben Sie Schmerzen bei der Blutung? nein ja wann /wo.....
Wie alt waren sie bei der ersten Blutung?.....

9. Hatten sie schon einmal eine Psychotherapie? nein ja

10. Gibt es in ihrer Familie (Oma Opa, Eltern, Tanten, Onkel und Geschwister) bei Antwort ja bitte genau angeben wer ggf. auch mehrere Personen

Blutgerinnungsstörung nein ja

Thrombose/Venenentzündung nein ja

Diabetes/Zuckerkrankheit nein ja

Herzinfarkt nein ja wer? War diese Person über
oder unter 50 Jahre alt?.....

Schlaganfall nein ja

Krebserkrankungen nein ja wer und was bitte:.....
.....
.....

bei Brustkrebs und Eierstockkrebs trat die Erkrankung das erste Mal
über oder unter dem 50. Lebensjahr auf?

Bei Unterleibskrebs weiblicher Verwandter bitte nachfragen
Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs oder Eierstockkrebs und
das Alter als 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