



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre nachfolgenden Angaben helfen uns Ihnen eine bedarfsgerechte, komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte lesen Sie den Bogen sorgfältig, beantworten die Fragen **vollständig** und tragen Sie Ihre Angaben **wahrheitsgemäß** in die dafür vorgesehenen Felder ein. Vielen Dank.

I. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Beruf _____

Ich habe die unter I. abgefragten Daten bereits angegeben. Seit dem letzten Praxisbesuch haben sich keine Änderungen ergeben.

Ich bin erreichbar unter

Telefon-Nr: _____

Mobil-Nr: _____

Email-Adresse: _____

Ich bin

- gesetzlich **GKV** gebührenbefreit
- privat **PKV** Beihilfe

krankenversichert bei:

Sofern Sie gesetzlich versichert sind:

Ich verfüge über folgende Zusatzversicherungen:

- Stationäre Behandlung mit **Arztwahl** (1-Bett | 2-Bett)
- Ambulante privatärztliche Behandlung

Sofern Sie NeupatientIn sind:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Durch die Familie
- Durch Freunde oder Bekannte
- Durch ArbeitskollegInnen
- Durch die Empfehlung meiner Hausarztpraxis
- Durch die Empfehlung der überweisenden Praxis
- Durch eine Terminservicestelle
- Durch das Internet
- Durch eine unserer PatientInnen
- Durch sonstige: _____

Wer ist Ihr Hausarzt/ärztin?

Ich möchte einen **kostenpflichtigen Bericht** über die aktuelle Behandlung für meine Unterlagen erhalten?

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

II. MEDIZINISCHE DATEN UND VORGESCHICHTE

Ihre Größe _____ cm

Ihr Gewicht _____ kg

GRUND DER VORSTELLUNG

Ich habe Beschwerden:

- Ich leide unter häufigem Harndrang.
- Ich kann Urin und/oder Stuhl bei Belastung (Heben, Husten, Niesen) nicht halten.
- Ich leide unter starken Periodenschmerzen
 - schon immer.
 - erst mit der Zeit.
- Ich habe einen Knoten in der linken/ rechten Brust getastet.
- Aus meiner linken/ rechten Brust kommt Flüssigkeit:
 - milchig klar gelblich
 - blutig grünlich-braun
- Ich habe links/ rechts Brustschmerzen.
- Ich leide unter Hitzewallungen, Schlafstörungen, Unruhe.
- Ich habe links/ rechts Unterbauchschmerzen.
- Ich habe Brennen, Juckreiz, Wundsein.
- Sonstiges

Ich wünsche eine Beratung zum Thema.

Ich wünsche eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung („Krebsvorsorge“).

Ich interessiere mich für zusätzliche Wunschleistungen.

- Ultraschalluntersuchungen
- Abstrichuntersuchungen
- Hormonanalysen
- Vitamin- und Aufbauinfusionen
- _____

Ich glaube schwanger zu sein.

1. REGELDATEN

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung (Menarche)?

Mit _____ Jahren

Ich bin bereits in oder nach den Wechseljahren (Klimakterium/Menopause) seit

_____ (**weiter zu 3.**).

Meine aktuell letzte Periodenblutung begann am _____ (1. Tag der Blutung).

Mein Zyklus ist _____ Tage lang (Beispiel: 26-34).
Meine Blutung dauert _____ Tage (Beispiel: 4-6).
Die Blutung empfinde ich als normal schwach stark.

Ich bin aktuell nicht schwanger.

Ich bin aktuell schwanger.

2. VERHÜTUNG

Ich habe die unter 2. abgefragten Daten bereits angegeben. Seit dem letzten Praxisbesuch haben sich keine Änderungen ergeben. **Weiter zu 3.**

Ich verwende die Anti-Baby-Pille

_____ mit/ ohne Einnahmepause.

Ich trage die Hormonspirale: _____
seit _____.

Ich verwende die Temperaturmethode
mit Urin-Hormonmessung.

Ich trage eine Kupferspirale, Kupferkette,
 Kupferperlenball
seit _____.

Ich bin sterilisiert.

Mein Partner ist sterilisiert.

Ich benötige aus sonstigen Gründen keine Verhütung.

3. SCHWANGERSCHAFTEN/ GEBURTEN

Ich habe die unter 3. abgefragten Daten bereits angegeben. Seit dem letzten Praxisbesuch haben sich keine Änderungen ergeben. **Weiter zu 4.**

Ich habe _____ Kinder.

Es gab Besonderheiten bei den Schwangerschaften, Geburten oder bei meinen Kindern bestehen angeborene Erkrankungen. („Schwangerschaftsvergiftung“, Kaiserschnitte, Saugglocke, Steißlage, ...)

Welche?

Ich hatte _____ Fehl- oder Totgeburten.

4. ERKRANKUNGEN

Ich habe die unter 4. abgefragten Daten bereits angegeben. Seit dem letzten Praxisbesuch haben sich keine Änderungen ergeben. **Weiter zu 5.**

Hatten Sie bereits gynäkologische Erkrankungen, Brusterkrankungen oder Unterleibsentzündungen? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Hatten Sie bereits sonstige schwerere Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn Ja, welche?

5. OPERATIONEN

Ich habe die unter 5. abgefragten Daten bereits angegeben. Seit dem letzten Praxisbesuch haben sich keine Änderungen ergeben. **Weiter zu 6.**

Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen oder Eingriffe?

Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Hatten Sie bereits andere Operationen oder Eingriffe?

Ja Nein

Wenn Ja, welche?

6. ALLERGIEN

Ich habe die unter 6. abgefragten Daten bereits angegeben. Seit dem letzten Praxisbesuch haben sich keine Änderungen ergeben. **Weiter zu 7.**

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn Ja, welche?

