

Gynäkologischer Anamnesebogen für Neupatientinnen

Sehr geehrte Patientin,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild Ihrer gesundheitlichen Situation machen können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst genau zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben:

| | |
|--------------------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| E-Mail | Telefon |
| Adresse: | |
| Beruf | |
| Hausarzt (Name, Adresse) | |

| | | |
|--|----|------|
| Darf Ihr Hausarzt bei Bedarf über Befunde informiert werden? | Ja | Nein |
|--|----|------|

| | | |
|--|----|------|
| Dürfen wir Sie bei Bedarf per E-Mail kontaktieren? | Ja | Nein |
|--|----|------|

Medizinische Angaben

| | | |
|-----------------|-------------|------------------------------------|
| Körpergröße(cm) | Gewicht(kg) | Wann war Ihre letzte Regelblutung? |
|-----------------|-------------|------------------------------------|

Liegen bei Ihnen bekannte Allergien vor (Medikamente, Lebensmittel...)?

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie an mindestens einer der folgenden Krankheiten/ Infektionen leiden oder litten:

| | | |
|---------------------|-------------------------|------------------------|
| Gerinnungsstörungen | Erbkrankheiten | Schilddrüsenerkrankung |
| Herzinfarkt | Chromosomenstörungen | Herzkrankungen |
| Bluthochdruck | Thrombose | Schlaganfall |
| Diabetes mellitus | Krampfadern | Migräne |
| Hormonstörung | Lebererkrankung | Nierenerkrankung |
| Arthrose | Epilepsie | Osteoporose |
| HIV | Harninkontinenz | Hepatitis |
| Asthma / COPD | Wechseljahrsbeschwerden | Depression |
| Autoimmunerkrankung | Krebserkrankung | Sonstiges |

| | | |
|--|----|------|
| Familiäre Belastungen: Gerinnungsstörungen | Ja | Nein |
| Erbliche Erkrankungen | Ja | Nein |
| Tumorleiden | Ja | Nein |
| andere: | | |

Für Frauen, in gebärfähigem Alter- welche Verhütungsmethode nutzen Sie?

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert?

Ja

Nein

Geburten

Datum

Spontan

Kaiserschnitt

Datum

Spontan

Kaiserschnitt

Datum

Spontan

Kaiserschnitt

Fehlgeburten u/o Schwangerschaftsabbrüche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Hormone ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche

Rauchen Sie?

ja

nein

wieviel?

Trinken Sie Alkohol?

ja

nein

wieviel?

Habe Sie eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt?

ja

nein

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung / Krebsvorsorge:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraum auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und abgedruckten Informationen verstanden und gelesen habe.

Sonstige Informationen

Datum

Unterschrift