

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

mein Team und ich heißen Sie herzlich in der Praxis willkommen!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ruhe und möglichst genau, da diese für Ihre weitere Behandlung wesentlich sind. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, so besprechen Sie diese Frage mit einer meiner Mitarbeiterinnen. Bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.



Ihre Stefanie Zingerle

KONTAKTDATEN

NAME	_____	VORNAME	_____
GEBURTSDATUM	_____	TELEFON	_____
FAMILIENSTAND	_____	EMAIL	_____
ARBEITGEBER	_____	BERUF	_____

VORSORGE - WANN WAR DIE LETZTE

Krebsvorsorgeuntersuchung	_____	Darmspiegelung	_____
Mammographie	_____		

VERHÜTUNG

Womit verhüten Sie aktuell? _____

PERIODE

Alter bei der ersten Periode	_____	ist die Periode:	
Datum der letzten Periode	_____	regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abstände der Regelblutung	_____	schmerzhaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		sehr stark?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

SCHWANGERSCHAFTEN

Anzahl Schwangerschaften	_____	Anzahl Fehlgeburten	_____
Anzahl Kaiserschnitte	_____	Anzahl Abbrüche	_____
Anzahl Spontangeburt	_____	Gab es Komplikationen?	_____
Sind Sie aktuell schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schwangerschaftswoche	_____
Besteht aktuell Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

BITTE WENDEN

ANAMNESEBOGEN

VORERKRANKUNGEN

Sind Vorerkrankungen bekannt? _____

Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung? _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Nehmen Sie Hormone? Ja Nein

WEITERE VORGESCHICHTE

Hatten Sie gynäkologische Operationen? _____

Hatten Sie andere Operationen? _____

Hatten Sie jemals eine Bestrahlung? _____

Hatten Sie jemals eine Chemotherapie? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? _____

Bestehen Probleme mit der Kontinenz? Ja Nein Wechseljahresbeschwerden? Ja Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Sexualität? Ja Nein Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein

Hatten Sie schon eine Thrombose? Ja Nein Hatten Sie schon eine Embolie? Ja Nein

Hatten Sie Windpocken? Ja Nein Sind Sie gegen HPV geimpft? Ja Nein

FAMILIENGESCHICHTE

KOMMT IN IHRER FAMILIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN VOR? WENN JA, BEI WEM?

Brustkrebs _____ Gebärmutterkrebs _____

Eierstockkrebs _____ Darmkrebs _____

Andere Krebserkrankungen _____

gibt es in Ihrer Familie Thrombose/Embolie? _____

Gibt es in Ihrer Familie Behinderungen? _____

AKTUELLER GRUND IHRES BESUCHES

ORT, DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____