

Anmeldebogen – Patientin

Name:			Vorname:		
Geburtsdatum:					
Straße, Hausnr.:					
PLZ, Ort:					
ausgeübter Beruf:					
Telefon privat:			Mobilnummer:		
Telefon geschäftlich:					
E-Mail-Adresse privat:					

Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet seit				
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in):				
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet		

Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert				
	<input type="checkbox"/> privat versichert in Deutschland Name der Versicherung:				
	<input type="checkbox"/> privat versichert und Beihilfeberechtigt Name der Versicherung:				
	<input type="checkbox"/> krankenversichert im Ausland				

Frauenarzt/-ärztin:	Name:					
	Adresse:					

Befundbericht an Ihre/n Frauenarzt/-ärztein gewünscht? ja nein

Hausarzt/-ärztein:	Name:					
	Adresse:					

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Frauenarzt/-ärztein	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Zeitung	<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/>

Anamnesebogen – Patientin (gesundheitliche Vorgeschichte)

VORSTELLUNGSGRUND:																											
<u>ALLGEMEINE ANAMNESE:</u> <table border="1"> <tr> <td>Größe:</td> <td>m</td> <td>Gewicht:</td> <td>kg</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rauchen Sie?</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wie viel: </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bekannte Erkrankungen?</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere <input type="checkbox"/> Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> sonstige: </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bisherige Operationen?</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche: </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche: </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Haben Sie Allergien?</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche: </td> </tr> </table>				Größe:	m	Gewicht:	kg	Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wie viel:		Bekannte Erkrankungen?		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere <input type="checkbox"/> Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> sonstige:		Bisherige Operationen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:		Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:		Haben Sie Allergien?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:	
Größe:	m	Gewicht:	kg																								
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wie viel:																									
Bekannte Erkrankungen?		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere <input type="checkbox"/> Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> sonstige:																									
Bisherige Operationen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:																									
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:																									
Haben Sie Allergien?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:																									
<u>FAMILIENANAMNESE:</u> <table border="1"> <tr> <td>Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?</td> <td> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei wem und was: </td> </tr> <tr> <td>Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? (z. B. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall)</td> <td> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche: </td> </tr> </table>				Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei wem und was:	Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? (z. B. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:																				
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei wem und was:																										
Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? (z. B. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:																										



GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE:

Waren Sie schon einmal schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – wie oft:	
Wenn ja,	davon Geburten:	davon Fehlgeburten:	
Ist Ihr Zyklus regelmäßig? (alle 26 – 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Sondern: alle	Monate	
	<input type="checkbox"/> ohne Medikamente nie		
Besonderheiten zur Blutung:	<input type="checkbox"/> sehr lang	<input type="checkbox"/> sehr stark	<input type="checkbox"/> sehr schmerhaft
Letzte Periode war am?		Zykluslänge:	
Letzte Krebsvorsorge war am?			
Haben Sie verhütet?	mit Pille: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	mit Spirale: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	von:	bis:	