

Anmeldebogen – Patientin

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

Familienstand: ☐ verheiratet seit

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in):

☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert in **Deutschland**
Name der Versicherung:

☐ privat versichert und Beihilfeberechtigt
Name der Versicherung:

☐ krankenversichert im **Ausland**

Frauenarzt/-ärztin: Name:

Adresse:

Befundbericht an Ihre/n Frauenarzt/-ärztin gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Hausarzt/-ärztin: Name:

Adresse:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Frauenarzt/-ärztin ☐ Internet ☐ Zeitung ☐ Freunde

Anamnesebogen – Patientin (gesundheitliche Vorgeschichte)

VORSTELLUNGSGRUND:

ALLGEMEINE ANAMNESE:

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-/Gefäßsystem <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:			

FAMILIENANAMNESE:

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?

☐ nein

☐ ja – wie oft:

Wenn ja,

davon Geburten:

davon Fehlgeburten:

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

(alle 26 – 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)

☐ ja

☐ nein

Sondern: alle Monate

☐ ohne Medikamente nie

Besonderheiten zur Blutung:

☐ sehr lang

☐ sehr stark

☐ sehr schmerzhaft

Letzte Periode war am?

Zykluslänge:

Tage

Letzte Krebsvorsorge war am?

Haben Sie verhütet?

mit Pille: ☐ ja

☐ nein

mit Spirale: ☐ ja

☐ nein

von:

bis: