

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

bitte füllen sie in Ruhe die untenstehenden Fragen aus. Falls sie die Fragen bereits beantwortet haben, bitten wir sie ihre Angaben zu überprüfen und falls notwendig zu aktualisieren. Der Fragebogen richtet sich an alle unsere Patientinnen neue und Stammpatientinnen. Deshalb werden die Fragen ihnen stellenweise sehr ausführlich erscheinen, bitte beantworten sie den Fragebogen dennoch einmal vollständig.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon (Festnetz):

Telefon (mobil):

Hausarzt:

Körpergröße:

Gewicht:

Wann war die letzte reguläre Periode? (Datum 1. der Tag letzten Periode?):

Wie viele Tage liegen zwischen zwei Periodenblutungen?:
(d.h. Tage zwischen 1. Tag einer Periode und 1. Tag der nächsten Periode)

Wie alt waren sie bei der 1. Periodenblutung?:

Besteht Kinderwunsch? ☐ Ja, aktuell. ☐ Ja, später. ☐ Nein.

Geburten:

Jahr	Normal / Kaiserschnitt / Zange oder Saugglocke
1.	
2.	
3.	
4.	

Anzahl

Fehlgeburten?:

Schwangerschaftsabbrüche?:

Eileiterschwangerschaften?:

Sind sie gegen HPV geimpft? ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß ich nicht
(man sagt auch „Gebärmutterhalskrebs-Impfung“)

Verwenden sie Hormone (Verhütung, Hormonersatztherapie?)
Welche?

Haben sie eine Verhütungsspirale?

☐ Ja . Welche? Wann eingesetzt od. zuletzt gewechselt?
☐ Nein

Hatten sie gynäkologische Operationen? ☐ Ja ☐ Nein
Wann und Welche?

Jahr	Gynäkologische Operation
1.	
2.	
3.	
4.	

Hatten sie andere Operationen?

Jahr	Operation (z.B. Bilnddarm, Schilddrüse, Gelenkprothesen, etc)
1.	
2.	
3.	
4.	

Haben oder hatten sie folgende Krankheiten?

- ☐ Gerinnungsstörung (welche?_____)
☐ Blutgerinnsel Thrombose/Embolie ☐ Bluthochdruck ☐ Migräne
☐ Schilddrüsenerkrankung (welche?_____)
☐ Diabetes ☐ Herzerkrankung (welche?_____)
☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ Krampfadern ☐ Asthma/COPD ☐ Epilepsie ☐ Osteoporose
☐ Lebererkrankung (welche?_____)
☐ Nierenerkrankung (welche? _____)
☐ Depression, Angststörung ☐ chron. Darmerkrankung (welche?_____)
☐ Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, andere)
☐ Krebserkrankung ?

Jahr	Erkrankung	Therapie

☐ andere Erkrankungen? Welche?

Nehmen sie regelmäßig Medikamente?
Bitte Name oder Wirkstoff und Dosierung angeben.

Rauchen sie? ☐ Ja
(Was rauchen Sie?_____)
☐ Nein ☐ Früher

Haben sie Allergien oder ☐ Nein
Unverträglichkeiten? ☐ Ja. Welche?

Sind in ihrer näheren Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) Erkrankungen bekannt?

- ☐ Gerinnungsstörung; welche, bei wem?
- ☐ Blutgerinnsel Thrombose/Embolie; bei wem?
- ☐ Herzinfarkt; bei wem, in welchem Alter?
- ☐ Schlaganfall; bei wem, in welchem Alter?
- ☐ Schilddrüsenerkrankung;
- ☐ Diabetes;
- ☐ Osteoporose; bei wem?
- ☐ Krebserkrankung; welche, bei wem? Bei Brustkrebs in welchem Alter?

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe und Dateneinholung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das

MVZ Grünstadt/Leineinigerland

- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der dort durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt;
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Aushändigung von Unterlagen an Dritte

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit beauftrage ich das

MVZ Grünstadt/Leineinigerland

Rezepte, Überweisungen, Einweisungen, Heilmittelverordnungen oder andere Dokumente an folgende Person(en) auszuhändigen.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift