

Anamnesebogen (deutsch)



| | | |
|--|--|--|
| Nachname: | Geburtsname: | Patientenetikett |
| Vorname: | Geburtsdatum: | |
| Adresse: | | Praxisstempel |
| Tel: | E-Mail: | |
| Beruf: | Staatsangehörigkeit: | |
| Frauenärztin/-arzt: | | Familienstand: (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet) |
| Größe: cm | Gewicht: kg | |
| Letzte Periode / Wechseljahre seit: | | Regelabstand & -dauer/ -besonderheiten: |
| Schwangerschaften: (mit Fehlgeburten & Abbrüche) | Geburten: | Besonderheiten bei Geburten: |
| Letzte gynäkologische Untersuchung: | | Letzter Krebsvorsorge-Abstrich (PAP): |
| Impfung gegen HPV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, falls ja: (Cervarix / Gardasil) Wann, wie oft: | | |
| Gynäkologische Vorerkrankungen und Operationen: | | |
| Nichtgynäkologische Erkrankungen: (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lebererkrankung, Durchblutungsstörungen, Nierenerkrankung, Krampfadern, Krebserkrankungen, Depression, Angststörung) | | |
| Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (OP-Art, Jahr) | | |
| Erkrankungen in der Familie: (z. B. Krebserkrankungen, Gerinnungsstörungen) | | |
| Allergien: (z. B. Medikamente, Antibiotika, lokale Anästhesie, Jod, Latex, Soja) | | |
| Zigaretten: Anzahl / Tag | Alkohol: | |
| Ansteckende Erkrankungen (Hepatitis, HIV, TBC): | | |
| Verhütung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z. B. Pille, Kondom, Spirale): | Besteht prinzipiell Kinderwunsch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vielleicht | |
| Vermuten Sie eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hormonersatztherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (welche, Dosierung) | | |
| _____ | | _____ |
| Ort, Datum | | Unterschrift der Patientin/ des Patienten |

Dieses Dokument ist in digitaler Form in der Karteikarte der Patientin/ des Patienten hinterlegt.