

Anamnese

Frauenarztpraxis Dr. A. Dietrich / H. Kattner

FÄ für Gynäkologie & Geburtshilfe

Liebe Patientin,
wenn Sie unsere Praxis das erste Mal aufsuchen, bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu erhalten, so dass wir die Behandlung darauf abstimmen können.

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie beim Ausfüllen Fragen haben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

Name:
Vorname:
Geburtsdatum: Alter: Tel.:
Adresse:
Hausärztin/-arzt:
bisheriger Frauenarzt:
Beruf/Tätigkeit: E-Mail-Adresse:

Größe: Gewicht:

Regelanamnese

Wie alt waren Sie bei Ihrer erste Regel? Ihre letzte Regelblutung war

Ist oder war der Zyklus regelmäßig? ja nein:

Krebsvorsorge

Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorge?

Wann war Ihre letzte Mammografie?

Hatten Sie bereits eine Brust-Sonografie? nein ja, wann:

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung (Koloskopie)? nein ja, wann:

bisherige Verhütungsmethoden (Pille, Pflaster, Hormonring, Spirale, Kondom ...)

Methode von bis

Methode von bis

Methode von bis

Haben Sie Allergien?

nein ja:

Wenn ja, welche?

Haben Sie Vorerkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Asthma bronchiale ...)

nein ja:

Wenn ja, welche?



Hatten Sie allgemeine Operationen? (z. B. Blinddarm-Entfernung ...)

nein ja:

Hatten Sie gynäkologische Operationen?

nein ja:

Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Eileiterschwangerschaften?

nein ja:

Hatten Sie Geburten?

nein ja, wieviele:

wann: Komplikationen:

Gibt es bösartige Erkrankungen in Ihrer Familie? (z. B. Brustkrebs ...)

nein ja
.....
.....

Gibt es sonstige Erkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall, Thrombosen, Störung der Blutgerinnung)

.....
.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name: Dosis: seit:
Name: Dosis: seit:
Name: Dosis: seit:

Reagieren Sie allergisch auf Stoffe oder Medikamente?

nein ja, auf welche Stoffe:

Konsumieren Sie folgende Stoffe?

Nikotin: nein ja gelegentlich
Alkohol: nein ja gelegentlich
Cannabis: nein ja gelegentlich
sonstige Drogen: nein ja gelegentlich

Haben Sie ein persönliches Anliegen?

nein ja:

Datum: Unterschrift:

Hinweise zum Datenschutz gemäß EU DSGVO

Frauenarztpraxis Dr. A. Dietrich / H. Kattner

FÄ für Gynäkologie & Geburtshilfe

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen innerhalb der Praxis oder an Dritte (z.B. Hausarzt, weiterbehandelnde Ärzte, Klinik, Labor, Abrechnungsstellen, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Informationen der Praxis, Terminänderungen oder Erinnerungen an Termine per SMS oder per E-Mail zugestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass von mir beauftragte Personen Rezepte und andere Unterlagen in der Praxis bis auf Widerruf für mich abholen dürfen.

Ich habe das in der Praxis ausliegende Informationsblatt zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), gültig ab 25.05.2018, gelesen und bin mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten einverstanden. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung zu widerrufen.

Wenn Sie es wünschen, prüfen wir Ihren Impfschutz. Bitte bringen Sie dann Ihren Impfausweis mit.

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Team der Frauenarztpraxis Dr. A. Dietrich

