

ANMELDEBOGEN

SEHR GEEHRTE PATIENTIN,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer **Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe**. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

KONTAKTDATEN

Name Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl Ort	Krankenkasse
E-Mail *freiwillige Angabe - wenn Sie das Kontaktieren durch uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen	Telefon (privat)
Hausarzt *freiwillige Angabe - wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu	Telefon (mobil)

ALLGEMEINE ANGABEN

Körpergröße in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____

Wie lange dauert Ihr Zyklus? _____ Tage ☐ unregelmäßig

Wie lange dauert die Blutung? _____ Tage

Wurde bei Ihnen die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wann war Ihre letzte Untersuchung | Krebsvorsorge beim Frauenarzt? _____

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt? _____

Waren Sie schon einmal zur Mammographie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____ Nehmen Sie am Screeningprogramm teil? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde schon einmal ein Brustultraschall durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? _____

Verhüten Sie derzeit? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie? _____

Nehmen Sie Hormone ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

ANGABE ZU SCHWANGERSCHAFTEN

Jahr	Ausgang z.B. Lebendgeburt, Fehlgeburt, Abbruch	Art der Entbindung z.B. Spontan, Kaiserschnitt, Sauglocke	Geburtsgewicht	Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

BITTE WENDEN

Hatten Sie schon einmal eine gynäkologische Erkrankung I behandlungsbedürftige Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation (Genital, Gebärmutter, Eileiter, Eierstocke, Brust)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Hatten Sie andere Operationen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Gerinnungsstörung | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Neurologische Erkrankung | ☐ Hormonstörung |
| ☐ Thrombose | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Gemütskrankung | ☐ Wechseljahresbeschwerden |
| ☐ Embolie | ☐ Harninkontinenz | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Blutungsneigung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Osteoporose | ☐ Sonstiges _____ |
| ☐ Krampfadern | ☐ Lungenerkrankung | ☐ Arthrose | |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Asthma I COPD | ☐ Rheuma | _____ |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Epilepsie | ☐ Hepatitis | |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Migräne | ☐ HIV I AIDS | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja _____ Zigaretten pro Tag

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Embolien oder sonstige schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie bekannte Chromosomenstörungen, Erbkrankheiten oder Behinderungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Wir möchten Sie daher bitten, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ort I Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis für GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE