

Fragebogen zur Erstanamnese

Liebe Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen. Sind Sie sich bei einer Frage unsicher, dann setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Vielen Dank!

Name					
Vorname:					
Geburtsdatum:					
Anschrift:					
Telefonnummer:		Mobil:			
E-Mail-Adresse:					
z.Zt ausgeübter Beruf:					
Größe:		cm	Gewicht:		kg

Adresse Hausarzt

Name, Vorname:			
Anschrift:			

Was ist der Anlass Ihres Besuchs in unserer Praxis?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennungsuntersuchung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden | <input type="checkbox"/> Sonstiges Hypertonie |

In welchem Alter trat Ihre erste Regelblutung auf?

Wann (Datum/Alter) hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? Gibt es Besonderheiten bezüglich Ihrer Regelblutung?

- Nein Ja, und zwar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unregelmäßiger Zyklus | <input type="checkbox"/> Keine Regelblutung mehr seit <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen | <input type="checkbox"/> Andere Besonderheiten/Beschwerden: |
| <input type="checkbox"/> Sehr schwache/kurze Regelblutung | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sehr starke/langanhaltende Regelblutung | <input type="text"/> |

Verwenden Sie als Verhütungsmittel die Antibabypille oder ein anderes hormonelles Verhütungsmittel (z.B. Hormonpflaster, -spirale, -stäbchen)?

- Nein Ja, ich verwende: seit

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung/Krebsvorsorge?

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Brustultraschall oder eine Mammographie (Röntgenuntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung) durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, wann?

Sind Sie schwanger?

Nein Ja Ich weiß es nicht.

Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein Ja, ich hatte Schwangerschaften und Geburten.

Geschlecht Kind 1: Kind 2: Kind 3:

Geburtsdatum Kind 1: Kind 2: Kind 3:

Gewicht Kind 1: Kind 2: Kind 3:

Art der Geburt Kind 1: Kind 2: Kind 3:

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> *Gynäkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> *Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / HIV) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, Typ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> *Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin) | <input type="checkbox"/> *Herz-Kreislaufkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> *Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> *Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> *Andere Vorerkrankungen/Besonderheiten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | Bei Kennzeichnung * bitte genauer ausführen. |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="text"/> |

Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> *Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> *Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> *Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, Typ <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II | <input type="checkbox"/> *Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> *Andere Erkrankungen/Besonderheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Bei Kennzeichnung * bitte genauer ausführen. |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie | <input type="text"/> |

Mir sind **keine** Erkrankungen in meiner blutsverwandten Familie bekannt.

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen, insbesondere gynäkologischer Natur?

Nein Ja, und zwar:

- Gebärmutterentfernung Blinddarmentfernung
- Eierstockentfernung rechts links beidseitig
- Brustoperation(en) rechts links beidseitig
- Konisation (Muttermundumschneidung) Sonstige

Welche Medikamente oder Hormonpräparate nehmen Sie zurzeit ein?

(Wenn vorhanden, bitte Ihren Medikamentenplan mitbringen.)

Medikament und Häufigkeit der Einnahme:

Sind Sie geimpft?

HPV Tetanus Diphtherie Polio Pertussis MMR

Rauchen Sie?

Nein Ja, Zigaretten pro Tag. Ich rauche nicht mehr seit

Trinken Sie Alkohol?

Nein, nie. Ja, gelegentlich. Ja, regelmäßig.

Konsumieren Sie andere Drogen?

Nein. Ja.

Richtigkeit der Angaben und Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verarbeitet, dokumentiert und gespeichert werden.

.....
Kronberg, Datum

.....
Unterschrift der Patientin oder ggf. der gesetzlichen Vertretung