

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und schreiben Ihre Krankengeschichte auf.

Diese ist wichtig für eine strukturierte und individuelle ärztliche Versorgung. Sollten Sie Fragen oder Wünsche haben, so lassen Sie uns dies bitte wissen!

Namen: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Adresse: _____

Email: _____ Tel. _____

Mobil _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt: _____

Letzte Vorsorgeuntersuchung: _____ Letzte Mammografie _____

Letzte Blutung/ Periode: _____ Alter der 1. Blutung: _____

Zyklus:

regelmäßig? _____

Wie oft? _____

Wie lange? _____

Wie stark? _____

Mit Beschwerden? _____

Schwangerschaften: _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften)

Geburten: _____

Geburtsjahr	Geburtsmodus Spontan/Kaiserschnitt	Geschlecht m/w	Gewicht	Besonderheiten Stillzeit, Dammriss, u.a

Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbruch: _____

Jahr	Schwangerschaftswoche	Besonderheiten

Allergien (Medikamente, Heuschnupfen, Pflaster o.a.): _____

Erkrankungen in der Familie (Wer?, Was?)

Eigene Erkrankungen:

Krampfadern Thrombose Embolie

Operationen:

Wann?	Welche?

Medikamente: _____

Verhütungsmittel: _____

Impfungen (Impfausweis vorhanden?):

Welche?	Wann die letzte Impfung?

Rauchen: _____ wieviel? _____ Alkohol: nie/ gelegentlich/regelmäßig _____

Wir möchten unsere Patientinnen individuell und optimal behandeln! Was möchten Sie?

Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Individuelle Gesundheitsleistungen, die in meinem Fall geeignet und sinnvoll sind.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____