

Anamnesebogen Allgemein

Name: Vorname: Geburtsdatum: Anschrift: Telefon (mobil): E-Mail: Hausarzt: Größe (in cm): Gewicht (in kg): 1. Tag der letzten Periode: Alter bei der ersten Periode: Abstand und Dauer der Periode: Besteht aktuell Kinderwunsch? Vorheriger Frauenarzt: Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt (z. B. Herzerkrankungen, Thrombose, Schilddrüse, Krebserkrankungen)? Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja, was und wann wurde operiert? Welche Medikamente nehmen Sie ein? Sind alle Impfungen aufgefrischt? ja ☐ nein ☐ (legen Sie uns gern Ihren Impfausweis vor) Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (HPV)? Schwere Erkrankungen in der Familie (Thrombose, Embolie, Krebserkrankungen, Diabetes)? Benachrichtigungskontakt im Notfall (Name, Telefonnummer, Verwandtschaftsgrad):	Verhütung mit: Geburten (Spontan oder per Kaiserschnitt: Fehlgeburten: Schwangerschaftsabbrüche: Letzte Krebsvorsorge: Nur für Patientinnen ab 50: Letzte Mammografie: Letzte Darmspiegelung: Allergien: Alkohol: Rauchen Sie? : ja: ☐ nein: ☐ Wenn ja, wieviel?
--	--

Wir bitten Sie in jedem Fall, uns vorab telefonisch so zeitnah wie möglich zu informieren, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum: **Unterschrift Patientin:**