

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,

Wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen und bitten Sie folgende Fragen zu Ihrer Anamnese in Ruhe zu beantworten. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Telefon	E-Mail
---------	--------

Hausarzt

Beruf

Wann war die letzte Regelblutung? _____

Wie viele Tage liegen zwischen 2 Regelblutungen? _____

Art der Blutung: stark normal schwach
 schmerzhaft regelmäßig unregelmäßig

Wann trat die allererste 1. Regelblutung (Menarche) auf? _____

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)? _____

Geburten

Jahr	Schwangerschafts- woche	Normale Geburt/ Kaiserschnitt/ Saugglocke/ Zange	Komplikationen

Fehlgeburten	Schwangerschafts- abbrüche	Eileiterschwangerschaften
--------------	-------------------------------	---------------------------

Hatten sie bereits Operationen? _____

Welche Erkrankungen haben Sie?

- Gerinnungsstörungen
- Diabetes
- Bluthochdruck
- Schilddrüsenerkrankungen
- Thrombose/ Embolie
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Depressionen
- Lebererkrankungen
- Hepatitis
- Migräne ohne Aura
- Migräne mit Aura
- Epilepsie/ Krampfanfälle
- Asthma/ COPD
- Blutungsstörungen
- Harninkontinenz
- Arthrose
- Osteoporose
- Wechseljahresbeschwerden
- Nierenerkrankungen
- HIV
- Krampfadern
- Krebserkrankung
- Reizdarm

Medikamente	früh	mittags	abends	nachts	b. Bedarf

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Gibt es Krebserkrankungen, Thrombosen, Lebererkrankungen bei Familienangehörigen? _____

Sind Allergien bekannt? _____

Rauchen Sie? nein ja, _____ Zigaretten/ Tag

Welche Verhütungsmethode nutzen Sie aktuell? _____

Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein? _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

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 widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift