Anamnesebogen

Helios Ambulant

MVZ Sachsen Forum Dresden

*Sehr geehrte Patient*in,*

wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bedanken uns für das Vertrauen, Ihre Behandlung übernehmen zu dürfen. Bitte beantworten Sie in Ruhe die folgenden Fragen, die für Ihre Behandlung wichtig sind. Auch wenn Sie eventuell schon länger Patientin der Praxis sind, kann eine Aktualisierung Ihrer gesundheitlichen Daten hilfreich sein, insbesondere zum Erstgespräch mit Ihrer neuen Gynäkologin.

Bitte haben Sie auch Verständnis dafür, wenn unvorhergesehene Wartezeiten entstehen, da Notfälle immer wieder vorkommen können. Auch Sie könnten einmal davon betroffen sein.

Name: …… Vorname: ……

Adresse: ……

E-Mail: ……

Telefonnummer: ……

Hausärzt*in: …… Beruf: ……

Alter: …….. Größe: ….……..cm Gewicht: ……..……kg

Datum der letzten Menstruation: ……
Die Menstruation ist:
◯ regelmäßig ◯ normal ◯ schwach
◯ unregelmäßig ◯ stark ◯ schmerzhaft

Benutzen Sie aktuell ein Verhütungsmittel?
◯ Nein ◯ Ja, Wenn ja, welches? …….

Waren Sie schon einmal schwanger?
◯ Nein ◯ Ja, Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu Ihren bisherigen Schwangerschaften:

Jahr der Entbindung	Spontangeburt (durch die Scheide)	Saugglocke/Zange	Sectio/Kaiserschnitt
	◯	◯	◯
	◯	◯	◯
	◯	◯	◯
	◯	◯	◯

Gab es weitere Schwangerschaften? ◯ Nein ◯ Ja

In welchem Alter hatten Sie Ihre ERSTE Regelblutung? ……

Sind Sie gegen HPV geimpft worden? ◯ Nein ◯ Ja

Liegt eine der folgenden Krankheiten bei Ihnen vor?

◯ Krebs ◯ Bluthochdruck ◯ Thrombose/Embolie ◯ Schlaganfall ◯ Herzinfarkt ◯ Erhöhte Blutfette	◯ Migräne ◯ Diabetes ◯ Asthma ◯ seelische Erkrankung ◯ Leber/Nierenkrankheit ◯ Glaukom/Grüner Star	◯ Andere Krankheiten:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
◯ Nein ◯ Ja, folgende Präparate: ……

Haben Sie Allergien?
◯ Nein ◯ Ja, gegen: …….

Sind Sie schon einmal operiert worden?
◯ Nein ◯ Ja, folgende:

Jahr der OP	Welche OP?	ggf. Name der Klinik

Rauchen Sie?
◯ Nein ◯ Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: ……

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?
◯ Nein ◯ Ja, täglich ◯ Ja, seltener als täglich

Haben sie enge Familienangehörige (Blutsverwandte), die unter Krebs leiden oder litten?
◯ Nein
◯ Ja: …….

Gibt es Thrombosen, Embolien, Herzinfarkte oder Schlaganfälle in Ihrer Familiengeschichte?
◯ Nein
◯ Ja: …….

Hiermit bestätige ich die Korrektheit meiner Daten:

Ort, Datum: …… *Unterschrift:* ……