

Anamnesebogen

Helios MVZ am Fernsehturm - Gynäkologie - Daniela Pischel



Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns Sie im Helios MVZ am Fernsehturm begrüßen zu dürfen.
Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.
Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Persönliche Daten

Name

Anschrift

Geburtsdatum, Geburtsort

Telefonnummer/Handynummer

Emailadresse

Hausarzt

Körpergröße & Gewicht

Datum der letzten Blutung

Dauer der letzten Blutung _____ Abstand der Regelblutungen _____

Erkrankungen und Infektionen

- | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> psych. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | | |
| <input type="checkbox"/> Andere, nicht aufgeführte: _____ | | | |

Erbliche Vorbelastung (Eltern, Geschwister, Tante mütterlicherseits)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Unterleibskrebs |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: | | | |

Aktuelle Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ja nein

Pille Spirale sonstige Verhütungsmittel

Wenn „ja“, welche: _____

Letzte gynäkologische Untersuchung

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Mammographie: _____ Darmspiegelung: _____

Körperliche Verfassung

Ich bin Raucherin; Nicht-Raucherin. Megenangabe: _____

Ich treibe Sport. ja nein Sportart: _____

Ich wurde bereits operiert. ja nein Art der OP: _____

Ich habe Allergien. ja nein Welche: _____

Ich bin schwanger. ja nein Monat/SSW: _____

Anzahl bisheriger Geburten: _____ Fehlgeburten: _____ Schwangerschaftsabbrüche: _____

Art der Entbindung(en) normal Zange/Saugglocke Kaiserschnitt

Komplikationen: _____

Ihr Kontakt zu uns

Ich bin auf das MVZ aufmerksam (gemacht) geworden durch

Arzt Familie Bekannte(r) Zeitung Internet Telefonbuch

Praxisschild

Ich möchte über Vorsorgetermine informiert werden: ja nein

Einverständnis

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem Helios MVZ am Fernsehturm, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung im Helios MVZ am Fernsehturm vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift