



Sandra Pfingsten

GANZHEITLICHE FRAUENHEILKUNDE
UND GEBURTSHILFE

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bedanken uns für das Vertrauen, Ihre Behandlung übernehmen zu dürfen. Zur Erleichterung bitten wir Sie, uns in Ruhe ein paar Fragen zu beantworten, die für Ihre Behandlung wesentlich sind. Bitte haben Sie auch Verständnis dafür, wenn unvorhergesehene Wartezeiten entstehen, da Notfälle immer wieder vorkommen können. Auch Sie könnten einmal davon betroffen sein. Sie können dann noch etwas spazieren oder einkaufen gehen oder in Ruhe eine Zeitschrift lesen. In Zukunft können Sie auch vorher anrufen, ob und um wie viel sich Ihr Termin verschiebt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

geb. am: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Tel. privat: _____ Handy: _____

E-mail: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie Schülerin Studentin Auszubildende berufstätig Elternzeit

Sind Sie ledig verheiratet Beziehung verwitwet geschieden

Was führt Sie heute zu uns? _____

Waren Sie schon einmal bei einer Frauenärztin/einem Frauenarzt?

Ja Nein Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? _____

Hatten Sie hierbei kontrollbedürftige Befunde? _____

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung? _____

Wann war Ihre letzte Regelblutung (1. Tag)? _____

Dauer und Stärke der Blutung? _____

Falls Sie keine Regelblutung mehr haben, wie alt waren Sie bei der letzten? _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja > Welche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja > Wieviel pro Tag? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Verhüten Sie? Nein Ja > Womit? _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein Anzahl Schwangerschaften: _____

Geburten:

Datum/Jahr	Gewicht	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen

Sonstige Schwangerschaften:

Datum/Jahr	Fehlgeburt/Eileiterschwangerschaft	Abbruch

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Datum/Jahr	Art des Eingriffs

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Krampfadern | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Diab. mellitus |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Hormonstörungen | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Asthma/COPD |
| <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> Harninkontinenz | <input type="radio"/> Hepatitis/HIV | |

Krebserkrankung: _____

Sonstige: _____

