**Anamnesebogen**

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen im Frauenärzte Gesundheitszentrum.

Bitte nehmen Sie sich einen kurzen Moment Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, füllen Sie die Lücke bitte mit einem Fragezeichen.

Ihr Praxisteam.

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nachname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Letzte Periode:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie Raucherin: Ja Nein Wenn ja wie viele am Tag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HPV –Impfung (Gebärmutterhalskrebs) Ja Nein

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl Geburten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Verhütungsmethode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Ja Nein Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert (gynäkologisch)? Ja Nein

Wenn Ja welche, wann und wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie? Ja Nein

Wenn Ja wann und wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Internistische Erkrankungen bekannt? (z.B. Blutungs- oder Thromboseneigung, Herzerkrankungen….) Ja Nein

Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es bekannt (aktuelle) Erkrankungen bzw. Infektionen? Ja Nein

Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es bekannte Erkrankungen in der Familie (Brustkrebs; Thrombose; Herzerkrankungen)?

Ja Nein

Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja welche (ggf. Medikamentenplan vorhanden?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Datum



Frauenärzte Gesundheitszentrum

Dr. Henze und Kolleginnen

Magnolienweg 12

63741 Aschaffenburg

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Patientin: |  |
| Anschrift: |  |
| Geburtsdatum: |  |

Hiermit entbinde ich Dr. Henze, Dr. Neu, Dr. Rolke, Fr. Schneider und Frau Camargos gegenüber folgenden Personen (Familienangehörige) der Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Geburtsdatum | Anschrift |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift