

Anamnesebogen (deutsch)



Nachname:	Geburtsname:	Patientenetikett
Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:		Praxisstempel
Tel:	E-Mail:	
Beruf:	Staatsangehörigkeit:	
Frauenärztin/-arzt:		Familienstand: (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet)
Größe: cm	Gewicht: kg	
Letzte Periode / Wechseljahre seit:		Regelabstand & -dauer/ -besonderheiten:
Schwangerschaften: (mit Fehlgeburten & Abbrüche)	Geburten:	Besonderheiten bei Geburten:
Letzte gynäkologische Untersuchung:		Letzter Krebsvorsorge-Abstrich (PAP):
Impfung gegen HPV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, falls ja: (Cervarix / Gardasil) Wann, wie oft:		
Gynäkologische Vorerkrankungen und Operationen:		
Nichtgynäkologische Erkrankungen: (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lebererkrankung, Durchblutungsstörungen, Nierenerkrankung, Krampfadern, Krebserkrankungen, Depression, Angststörung)		
Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (OP-Art, Jahr)		
Erkrankungen in der Familie: (z.B. Krebserkrankungen, Gerinnungsstörungen)		
Allergien: (z.B. Medikamente, Antibiotika, lokale Anästhesie, Jod, Latex, Soja)		
Zigaretten: Anzahl / Tag	Alkohol:	
Ansteckende Erkrankungen (Hepatitis, HIV, TBC):		
Verhütung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z. B. Pille, Kondom, Spirale):	Besteht prinzipiell Kinderwunsch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vielleicht	
Vermuten Sie eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hormonersatztherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (welche, Dosierung)		
_____		_____
Ort, Datum		Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Dieses Dokument ist in digitaler Form in der Karteikarte der Patientin/ des Patienten hinterlegt.