

## ANAMNESE – BOGEN

i

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Angaben sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und sind Teil Ihrer Krankenakte. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer

\_\_\_\_\_

Telefon (Privat)

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Mobiltelefon

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Wohnort

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Hausarzt

\_\_\_\_\_

Größe (cm)

\_\_\_\_\_

Gewicht (kg)

\_\_\_\_\_

Letzte Krebsvorsorge-  
untersuchung

\_\_\_\_\_

Erster Tag der letzten Regel

\_\_\_\_\_

Dauer der Blutung (Tage)

Ist die Blutung:

Regelmäßig     Unregelmäßig     Stark     Schmerzhaft

Sind Sie schwanger?

Ja     Nein

Geburten

Jahr

Normale Geburt

Zange/Saugglocke

Kaiserschnitt

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Fehlgeburten \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsabbrüche \_\_\_\_\_ Bauchhöhlenschwangerschaften \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Nein  Ja \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

**Trinken Sie Alkohol?**

Nie  Gelegentlich  Regelmäßig

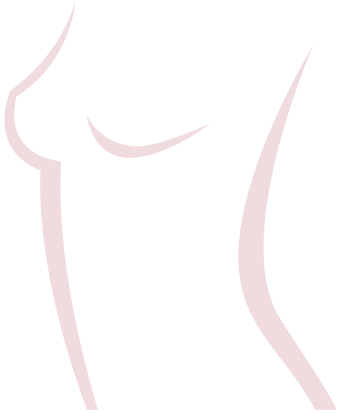
**Haben Sie Allergien?**

Nein  Ja, gegen was? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Operationen?**

Nein  Ja. Was? Wann? \_\_\_\_\_

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



**Haben/ hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:**

- Bluthochdruck
- Thrombose
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Migräne
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Schilddrüsenerkrankung
- Gerinnungsstörung
- Gemütskrankung
- Arthrose
- Hepatitis
- HIV
- Brustkrebs
- Eierstockkrebs
- Gebärmutterkrebs

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pille (Name) \_\_\_\_\_ Spirale (welche & seit wann) \_\_\_\_\_ Sonstige Verhütung

**Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie?**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_



**Ich bin mit der praxisinternen elektronischen Speicherung meiner Daten einverstanden.**

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Name der Patientin \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin