



Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Eva Klatte

FRAUEN IN BETREUUNG

Erstanamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Die Felder können digital oder handschriftlich ausgefüllt werden.

Persönliche Angaben

Name

Telefon

E-Mail

Beruf / Tätigkeit / Studium / Fachrichtung

Medikamente und Impfungen

Medikamente / Dosierung

HPV-Impfung: nein ja wann:

Mumps-Masern-Röteln: nein ja wann:

Hausarzt / betreuende Ärzt*innen

Allgemeine Angaben

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten

Thrombose / Embolie: nein ja

Migraene: mit Aura ohne Aura

Alkohol regelmäßig / Menge

Nikotin pro Tag

Drogen: Art / Menge

Gynäkologische Anamnese

1. Regel (Lebensjahr)	<input type="text"/>
Letzte Regelblutung (Monat/Jahr)	<input type="text"/>
Letzte Krebsvorsorge (nur bei neuen Patientinnen)	<input type="text"/>
Letzte Mammographie (nur bei neuen Patientinnen)	<input type="text"/>
Verhütungsmittel / Pille	<input type="text"/>
Regelbeschwerden	<input type="text"/>
Bluten Sie stark während Ihrer Regel?	<input type="text"/>
Hormoneinnahmen	<input type="text"/>
Geburten	<input type="text"/>
Fehlgeburten	<input type="text"/>
Schwangerschaftsabbruch	<input type="text"/>

Blutungsneigung / Operationen / Krebserkrankungen

Bluten Sie lange nach Verletzungen oder bekommen Sie schnell blaue Flecke?

nein ja

Operationen: was / wann

Krebserkrankungen: welche / Jahr

Strahlentherapie / Chemotherapie: Strahlentherapie Chemotherapie

Weitere Erkrankungen

Allgemeine Krankheiten (z. B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Herz-KH, Gelenkerkrankungen, Gerinnungsstörungen)

Psychische Erkrankungen / Psychotherapie

Familienanamnese

Leidet eines Ihrer Familienmitglieder an folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Information

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Termine, die nicht wahrgenommen werden können, im Interesse eines reibungslosen Ablaufs mindestens 24 Stunden vorher telefonisch, per Fax oder per E-Mail abgesagt werden sollten. Entstehende Honorarausfälle müssen wir Ihnen sonst leider in Rechnung stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis, z. B. zu unverlangt eingehenden Befundübermittlungen an meine E-Mail-Adresse.

Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage oder erhalten diese auf Anfrage in der Praxis.

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patientin
