Frauenärztliche
Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Stefanie Gundel
Dr. med. Andrea Schreiner

Patientenanamnesebogen

Angaben zu Ihrer Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Familienstand: _____ Arbeitgeber / Beruf: _____

Telefon. privat: _____ Telefon. geschäftlich: _____

Handy: _____ **E-Mail: _____**

Hausarzt: _____

Angaben zu Ihrer Versicherung:

Gesetzlich versichert: ☐ Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Privat versichert: ☐ Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Sind sie selbst versichert? Ja ☐ Nein ☐ Wenn Nein – Bitte Angaben zum Hauptversicherten

Name, Adresse und Telefonnummer: _____

_____

Medizinische Vorgeschichte:

- Wie alt waren Sie als Sie das erste Mal Ihre Periode bekommen haben? _____ Jahre alt.
- Ist Ihre Periode regelmäßig? Ja ☐ Nein ☐
- Haben Sie Allergien? Ja ☐ Nein ☐
  (wenn ja, welche) _____
- Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen (z.B. Brust-, Darm-oder Unterleibskrebs): Ja ☐ Nein ☐
  (wenn ja, bei wem, wann und was) _____
- Haben Sie Erkrankungen? Ja ☐ Nein ☐
  (wenn ja, welche und wann sind diese aufgetreten) _____
- Haben Sie Kinder? Ja ☐ Nein ☐
  (wenn ja, wie viele? Wie und wann haben Sie entbunden) _____

Frauenärztliche
Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Stefanie Gundel
Dr. med. Andrea Schreiner

- Hatten Sie Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ja □ Nein □
  (wenn ja, wie viele und wann?) _____
- Hatten Sie Operationen? Ja □ Nein □
  (wenn ja, was wurde operiert und wann?) _____
- Nehmen Sie Medikamenten ein? Ja □ Nein □
  (wenn ja, welche?) _____
- Wurden Sie gegen HPV geimpft (Humanes Papilloma Virus, Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)?
  Ja □ Nein □
- Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung?
  _____
- Wissen Sie das Ergebnis Ihres letzten PAP (Krebsvorsorge) Abstrich?
  Ja □ PAP____ Nein □
- Rauchen Sie? Ja □ Nein □
  (wenn ja, wie viele am Tag?) _____
- Wurde bei Ihnen schon mal eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) durchgeführt?
  Ja □ Nein □
  (wenn ja, wann war die letzte?) _____
- Wünschen Sie eine Impfberatung und ggf. eine evtl. erforderliche Impfung / Auffrischung?
  Ja □ Nein □
- Gibt es noch irgendwelche Besonderheiten, die Sie uns mitteilen möchten?
  _____

  _____

Datenschutz und Sicherheit:

Ich erkläre mich einverstanden, dass ärztliche Vertreter und Assistenten Einblick in meine Krankenunterlagen erhalten, soweit dies erforderlich ist. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich für diese und künftige Behandlungen einverstanden.

Termine bitte möglichst 24 Std. vorher absagen, damit andere Patienten ebenfalls die Chance auf einen früheren Termin bekommen, - anderenfalls erlauben wir uns eine Gebühr in Höhe von 45 Euro zu berechnen.

_____

Datum, Unterschrift