

**Anamnesebogen**

Praxis Dr. med. Suzana Spethmann
Fachärztin für Gynäkologie

Sehr geehrte Patientin,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind sehr wichtig, um Sie bestmöglich betreuen zu können. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Persönliche Angaben:

Name	Vorname	Geb.-Datum

Straße	Hausnr.	Postleitzahl, Ort

Telefon privat	Telefon mobil

E-Mail- Adresse

Beruf	Hausarzt

Medizinische Vorgeschichte:

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Alter bei der 1. Menstruation: _____

Datum der letzten Menstruation: _____

Zykluslänge (zwischen 1. Tag der letzten Periode und 1. Tag der nächsten Periode):

- kürzer als 26 Tage
- alle 26-28 Tage
- länger als 30 Tage

- regelmäßig
- unregelmäßig

Sind Sie gegen HPV geimpft? Ja, vollständig Ja, teilgeimpft Nein

Sind Sie schwanger? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wieviel pro Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? gar nicht selten gelegentlich täglich

bitte wenden!



Anamnesebogen

Praxis Dr. med. Suzana Spethmann
Fachärztin für Gynäkologie

Allergien? (z.B. Medikamente, Lebensmittel):

Nehmen Sie Medikamente? (ASS, Marcumar, L-Thyroxin...)

Nehmen oder nahmen Sie ein Hormonpräparat/ die Pille ein? Wenn ja, welches/welche?

Vorausgegangene Schwangerschaften/ Geburten:

Monat/Jahr SSW Ausgang (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Fehlgeburt, Abbruch)

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma /COPD |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Sollten eine oder mehrere oben genannter Erkrankungen von Ihnen angekreuzt worden sein:
Welche Erkrankung ist seit wann bekannt?

Jahr	Erkrankung

bitte nächste Seite!

**Anamnesebogen**

Praxis Dr. med. Suzana Spethmann
 Fachärztin für Gynäkologie

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Jahr	Operation

Gibt es/ gab es in Ihrer Familie (Eltern/ Geschwister/ nahe Verwandte) folgende Erkrankungen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Eierstockkrebs | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> sonstige Krebserkrankungen welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | | |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | | |

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Wann war die letzte Darmspiegelung? _____

Wann war die letzte Mammographie? _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

 Datum

 Unterschrift

Vielen Dank!