ANAMNESEBOGEN Neupatientin I

N.VOLDYNER
FRAUENARZTPRAXIS

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-mail: .....

Alter ..... Größe ..... Gewicht ..... Alter des Partners.....

Was ist der Anlass dieses Arztbesuches?.....

Waren Sie früher schon einmal bei einer Frauenärztin/Frauenarzt? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung?.....

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?.....

Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung?.....

Wer ist der Hausarzt?.....

Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung?.....

Datum **1. Tag der letzten Regelblutung:**.....

Haben Sie Allergien? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, gegen was?.....

Rauchen Sie? ◯ Ja ◯ Nein Wie viele Zigaretten täglich?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, Welche?.....

Waren Sie schon einmal/ sind Sie ernsthaft krank? ◯ Ja ◯ Nein

Bluthochdruck	◯ Ja ◯ Nein	Thrombose	◯ Ja ◯ Nein
Kreislauferkrankung	◯ Ja ◯ Nein	Herz- Schlaganfall	◯ Ja ◯ Nein
Diabetes mellitus	◯ Ja ◯ Nein	Migräne	◯ Ja ◯ Nein
Gallenfunktionsstörung	◯ Ja ◯ Nein	Leber-Magen-Darmerkrankung	◯ Ja ◯ Nein
Nierenfunktionsstörung	◯ Ja ◯ Nein	Schilddüsenerkrankung	◯ Ja ◯ Nein

Sonstige:.....

.....

.....

.....

ANAMNESEBOGEN Neupatientin II

N.VOLDYNER
FRAUENARZTPRAXIS

Waren Sie schon einmal schwanger? ◯ Ja ◯ Nein

Wann?	Geburtsgewicht vom Kind?	Schwangerschaftsabbrüche/Fehlgeburten? Frühgeburt/ Probleme in der Schwangerschaft? Geburt normale/operative Entbindung?

Wurden Sie schon einmal gynäkologisch operiert? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, was, wann?.....

.....

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft? ◯ Ja ◯ Nein

Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen?

Herzinfarkt	◯ Ja	◯ Nein	Thrombose	◯ Ja	◯ Nein
Schlaganfall	◯ Ja	◯ Nein	Brustkrebs	◯ Ja	◯ Nein
Lungenembolie	◯ Ja	◯ Nein	Zuckerkrankheit	◯ Ja	◯ Nein

Sonstige:.....

.....

Ist Recall (Erinnerung) erwünscht? ◯ Ja ◯ Nein

Wer ist berechtigt Rezepte u. Ä. abzuholen?.....

.....

Ein vereinbarter Termin muss **min. 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.**

Sollten Sie einen Termin kurzfristig absagen oder zu einem Termin nicht erscheinen, erlaube ich mir Ihnen ein **Ausfallhonorar von 50,00 €** zu berechnen.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte vergessen Sie diesen Zettel nicht, wenn Sie uns das nächste Mal besuchen.