



# Anamnesebogen

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin nicht ersetzen, es dient aber der Optimierung des Behandlungsablaufes.

Sämtliche Angaben sind freiwillig. Ihre persönlichen Angaben bleiben **streng vertraulich** und werden ebenso sorgfältig behandelt wie eine Krankenakte.

---

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Vorname: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_ Letzte Blutung / Periode: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Letzte Mammographie: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Alter bei erster Blutung: \_\_\_\_\_ Jahre



**Grund Ihres Arztbesuches:**

---

---

**Zyklus:**

**Ist Ihre Blutung regelmäßig?** \_\_\_\_\_

**Wie oft kommt Ihre Monatsblutung?** \_\_\_\_\_

**Wie lange dauert die Blutung?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Blutungsbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Allergien (Medikamente, Heuschnupfen o.ä.):**

---

**Schwangerschaften:** \_\_\_\_\_ (Gesamtzahl Schwangerschaften bitte eintragen)

**Geburten:** \_\_\_\_\_ (Kinder)

<b>Geburtsjahr</b>	<b>Geburtsmodus</b> (spontan / Kaiserschnitt)	<b>Geschlecht</b> (m/w)	<b>Gewicht</b>	<b>Besonderheiten</b> (Stillzeit, Dammriss, etc.)
<b>1</b>	_____	_____	_____g	_____
<b>2</b>	_____	_____	_____g	_____
<b>3</b>	_____	_____	_____g	_____



Provenzano

**Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche:** \_\_\_\_\_ (Gesamtzahl bitte eintragen)

	<b>Jahr</b>	<b>Schwangerschaftswoche/-monat</b>	<b>Besonderheiten</b>
<b>1</b>	_____	_____	_____
<b>2</b>	_____	_____	_____

**Erkrankungen in Ihrer Familie:** (wer? Was? Z.B. Tante: Brustkrebs; Alter bei Diagnose,

Vater: Herzinfarkt; Alter bei Diagnose)

_____	_____
_____	_____
<b>Erkrankung</b>	<b>bekannt seit</b>

**Internistische Erkrankungen:**

(z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, \_\_\_\_\_)

(Magen-Darm, Diabetes, Schilddrüse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Provenzano

**Infektionskrankheiten:**

\_\_\_\_\_

**Blut- und Lymphsystem:**

(Blutgerinnungsstörungen etc.)

\_\_\_\_\_

**Urologische Erkrankungen:**

(Harnverlust, Blasenentzündungen)

\_\_\_\_\_

**Hauterkrankungen:**

\_\_\_\_\_

	Welche	Wann
<b>Operationen:</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

	Präparat	Dosierung	seit wann
<b>Medikamenteneinnahme:</b>	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____



Provenzano

**Einnahme von Hormonen:** \_\_\_\_\_  
(inkl. „Anti-Baby-Pille“) \_\_\_\_\_

**andere Verhütungsmittel:** \_\_\_\_\_

**Ich nehme neben den ärztlich verordneten Arzneimitteln:**

(Bitte ankreuzen)

- Schmerzmittel                       Schlafmittel  
 Vitamine                                 Mineralien  
 andere freiverkäufliche Medikamente

**Haben Sie einen Impfausweis:** \_\_\_\_\_

( nie gehabt  verloren  zu Hause  immer bei mir)

**Wann haben Sie die letzte Tetanusinjektion bekommen?**                      vor \_\_\_\_\_ Jahren

**Wann haben Sie die letzte Diphtherieimpfung bekommen?**                      vor \_\_\_\_\_ Jahren

**Wann haben Sie die letzte Polioimpfung bekommen?**                      vor \_\_\_\_\_ Jahren

**Wann haben Sie die letzte Gripeschutzimpfung bekommen?**                      vor \_\_\_\_\_ Jahren

**Wann haben Sie die letzte Rötelnimpfung bekommen?**                      vor \_\_\_\_\_ Jahren

**Bitte zeigen Sie uns Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können.**

**Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!**



Provenzano

Rauchen Sie?: \_\_\_\_\_ Alkohol: \_\_\_\_\_  
(nie, früher, aktuell, ggf. wie lange gesamt) (nie, gelegentlich, regelmäßig)

**Wir möchten unsere Patientinnen individuell und optimal behandeln! Was möchten Sie?**

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Individuelle Gesundheitsleistungen, die in meinem Fall geeignet und sinnvoll sind.
- Ja, ich möchte an weitere Untersuchungen und/oder Impfungen erinnert werden und bitte um die Eintragung in Ihre Erinnerungskartei.
- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anamnesebogen besprochen: \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!**

**Ihr Praxisteam**



Provenzano