

# Frauenärztinnen Niendorf

## Dr. med. Claudia Grupp und Kolleginnen

### Anamnesebogen

Liebe Patientin,

bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, um diesen Bogen auszufüllen. Diese Angaben sind freiwillig. Genaue Angaben helfen uns, Sie bestmöglich zu betreuen.

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift (+PLZ): \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Festnetz/Mobil): \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie Thrombosen, Lungenembolien, Krebs, sonstige Krankheiten aufgetreten? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied? In welchem Alter?

\_\_\_\_\_

Allgemeine Erkrankungen in der Vorgeschichte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestanden/ bestehen gynäkologische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Hormone ein? Wenn ja, seit wann und Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie verhüten Sie derzeit? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Ja  Nein

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Regelblutung? \_\_\_\_\_

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

Sind Sie gegen Windpocken geimpft? oder waren Sie an Windpocken erkrankt?

Ja  Nein

Ja  Nein

Schwangerschaften, Geburten, Abbrüche oder Aborte? Wenn ja, wann und wie viele?

---

Wurde einer der unten angegebenen Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt?

Mammographie?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Koloskopie (Darmspiegelung)?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen? Wenn ja, wann und welche?

---

---

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Nikotin?  Nein

Ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Krebsfrüherkennung/ Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt?

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Gibt es zusätzliche Informationen für den Arzt?

---

HINWEIS: Für einen reibungslosen Ablauf ist es für uns unerlässlich, dass Sie Termine vereinbaren und einhalten. Terminvereinbarungen sind telefonisch und auch online möglich. Terminabsagen erbitten wir bis spätestens 24 Stunden vorher.

Datum:

Unterschrift des Patienten:

---

---

Vielen Dank Ihr Praxisteam