

Anamnese – Anmeldebogen für Patientinnen

Personenbezogene Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

Emailadresse: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Zustimmung zur telefonischen Kontaktaufnahme bzw. per email und Recall per mail:

☐ gegeben

☐ nicht gegeben

Aktuelle Anamnese:

Größe / Gewicht: _____ cm / _____ kg

Nikotinkonsum: ☐ ja ☐ nein

Allergien: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Medikamente: ☐ Diabetesmedikamente

☐ Blutdruckmedikamente

☐ Weitere Medikamente

Vorerkrankungen: Thrombose oder Embolie ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann?

Bluthochdruck

☐ ja

☐ nein

Diabetes

☐ ja

☐ nein

Schlaganfall/Herzinfarkt

☐ ja

☐ nein

Krebserkrankung

☐ ja

☐ nein

Falls ja, wann und welche Form?

Voroperationen: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann und welche?

Erkrankungen in der Familie:Blutgerinnungsstörung ☐ ja☐ nein

Falls ja, welche Form?

Krebsleiden ☐ ja☐ nein

Falls ja, welches Organ betreffend?

Gynäkologische Anamnese:**Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

Wurden Sie bereits an Gebärmutter oder Eierstöcke/Eileiter operiert? ☐ ja☐ nein

Wann war Ihre letzte Periode?

Ist Ihre Periode regelmäßig/unregelmäßig?

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Haben Sie aktuell Kinderwunsch?

☐ ja☐ nein

Wie verhüten Sie aktuell?

Waren Sie schon einmal schwanger?

☐ ja☐ neinWie oft?

Entbindung

☐ per KaiserschnittWie oft?

☐ per vaginaler GeburtWie oft?

Hatten Sie Abgänge/Fehlgeburten/Abbrüche? ☐ ja☐ neinWie viele?

In welcher Woche?

Sind Sie gegen humane Papillomviren (HPV) geimpft? ☐ ja☐ neinHatten oder haben Sie eine Hormonersatztherapie? ☐ ja☐ neinFürstenfeldbruck, den

Name:

Geb. Datum:

Unterschrift:
