



Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten und diese zu berücksichtigen. So können wir eine bestmögliche Versorgung in

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ / Ort		
Größe (cm)	Gewicht (kg)	
Beruf		

1. Weshalb kommen Sie zu uns? (bitte ankreuzen)

- Vorsorge
- Verhütung
- Kinderwunsch
- Unregelmäßiger Zyklus
- Wechseljahresbeschwerden
- Brustdiagnostik
- Krebsnachsorge
- Schwangerschaft
- Inkontinenz- oder Senkungsbeschwerden
- Sonstige Beschwerden:

2. Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?

3. Wurde 2020 oder 2021 bereits ein sogenannter Ko-Test (Pap-Abstrich mit HPV) bei Ihnen durchgeführt?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

4. Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? Ja Nein

Wenn ja, wann?

5. Wann war der erste Tag der letzten Periode?

--

unserer Praxis ermöglichen. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie wichtige Befunde (z.B. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und gegebenenfalls Ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit.

Telefon (privat)

Mobil

E-Mail

Hausarzt

Wie sind Sie krankenversichert? (bitte ankreuzen)

- gesetzlich
- Selbstzahler
- privat
- Beihilfe berechtigt

6. Wie ist Ihr Zyklus? (bitte ankreuzen)

- regelmäßig
- normale Blutung
- Zwischenblutungen
- unregelmäßig
- starke Blutungen
- schmerhaft

7. Welche Art der Verhütung benutzen Sie? (bitte ankreuzen)

- Keine
- Diaphragma
- Sterilisation beim Partner
- Kondom
- Sterilisation
- Pille

Welche?

- Spirale

Welche? Wann eingesetzt?

- Implanon-Verhütungsstäbchen

Wann eingesetzt?

- andere Verhütungsmethode

8. Nehmen Sie regelmäßig Hormonpräparate ein?

(Pille, Wechseljahreshormone, lokal)

Wenn ja, welches Präparat?

9. Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

Anzahl Ihrer Geburten	
Anzahl Ihrer Schwangerschaftsabbrüche	
Geburtsart vaginal	

Anzahl Ihrer Fehlgeburten	
Anzahl Ihrer Eileiter-schwangerschaften	
Geburtsart Kaiserschnitt	

Gab es Komplikationen? Wenn ja, welche?

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(z. B. Blutdruck, Herz, Schilddrüse, Psychopharmaka, Blutverdünnung, Vitamine)?

Wenn ja, welche Medikamente?

11. Leiden Sie unter Allergien? Ja Nein

Wenn ja, wogegen?

12. Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, Anzahl Zigaretten / Tag

13. Hatten Sie bereits Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

18. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Bekannten/Freundinnen
- Praxisschild
- Zufall Internet
- Empfehlung durch den Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (einschl. E-Mails, Labordaten, radiologische Befunde bzw. Befunde anderer mitbehandelnder Ärzte und Faxe) einem Praxisvertreter, neuem Praxispartner oder Nachfolger zugänglich gemacht werden.

 Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation bezüglich Terminen und Befunden mit der Frauenarztpraxis per Telefon, Email (üblicher unverschlüsselter Weg) erfolgt.

 Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden.

 Ja Nein**14. Besteht Impfschutz gegen ... (bitte ankreuzen)**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Röteln | <input type="radio"/> HPV* |
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Covid-19 |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Impfstatus nicht bekannt |
| <input type="radio"/> Polio | |
| <input type="radio"/> Diphtherie, Tetanus, Pertussis | |

* Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs

15. Bestehen bei Ihnen Erkrankungen?

(Herz, Leber, Lunge, Niere, Krebs, Psyche etc.)

Welche?

16. Bestehen in Ihrer Familie Brust- oder Unterleibskrebskrankungen

(Mutter, Großmutter, Schwester, Tante)

 Ja Nein

Wenn ja, wer und in welchem Alter erkrankt?

17. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen? Ja Nein

(z. B. Krebs, Gerinnungsstörung (Thrombose / Embolie / Blutungsneigung), Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes)

Wenn ja, wer und in welchem Alter erkrankt?

19. Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? Ja Nein

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> E-Mail | <input type="radio"/> Telefonisch |
| <input type="radio"/> Post | <input type="radio"/> SMS |

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).

Heddesheim, den

Unterschrift