



Praxis Dr. Daniela Plathow
Ihr Team für Frauengesundheit

Anamnesebogen - Gynäkologie

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Angaben sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Ihre Angaben werden streng vertraulich und datenschutzkonform behandelt und sind Teil Ihrer Patientenakte. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name	Straße/ Hausnummer	Telefon (privat)
Vorname	Postleitzahl	Mobil
Geburtsdatum	Wohnort	Email
Hausarzt		
Größe (cm)	Gewicht (kg)	Letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung (Datum)
Erster Tag der letzten Regel	Dauer der Blutung (Tage)	

Ist die Blutung:

- Regelmäßig Unregelmäßig Stark Schmerzhaft

Sind Sie schwanger:

- Ja Nein

Geburten	Jahr	Normale Geburt	Zange/Saugglocke	Kaiserschnitt
	1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fehlgeburten:

Schwangerschaftsabbrüche:

Bauchhöhlenschwangerschaften:

Rauchen Sie ?

- Nein Ja,
Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol ?

- Nie Gelegentlich Regelmäßig

Haben Sie Allergien ?

- Nein Ja, gegen
.....

Hatten Sie Operationen ?

- Nein Ja, folgende
.....

Haben/ Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Gerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Gemütskrankung |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Arthrose |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Sonstiges | | |

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein ?

- Nein Ja, folgende
.....

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Pille (Name) | <input type="radio"/> Spirale (welche/ seit wann) | <input type="radio"/> Sonstige Verhütung |
|------------------------------------|---|--|

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie ?

- Nein Ja, folgende
.....

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin mit der praxisinternen Speicherung meiner Daten einverstanden.

Datum

Name der Patientin

Unterschrift