

ANAMNESEBOGEN (deutsch)

MVZ
HANNOVER

Nachname:	Geburtsname:	PATIENTENETIKETT
Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:		PRAXISSTEMPEL
Tel:	E-Mail:	
Beruf:	Staatsangehörigkeit:	
Frauenärztin/arzt:		Familienstand:
Größe: cm	Gewicht: kg	
Letzte Periode / Wechseljahre seit:		Regelabstand & -dauer/ -besonderheiten:
Schwangerschaften:	Geburten:	Besonderheiten bei Geburten:
Letzte Gynäkologische Untersuchung:		Letzter Krebsvorsorgeabstrich (PAP):
Impfungen HPV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, falls ja: (Cervix / Gardasil) Wann, wie oft:		
Gynäkologische Vorerkrankungen und Operationen:		
Nichtgynäkologische Erkrankungen: (z.B. Diabetis, Bluthochdruck, Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lebererkrankung, Durchblutungsstörungen, Nierenerkrankung, Krampfadern, Depression, Angststörung)		
Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (OP-Art, Jahr)		
Erkrankungen in der Familie: (z.B. Krebserkrankungen, Gerinnungsstörungen)		
Allergien: (z.B. Medikamente, Antibiotika, lokale Anästhesie, Jod, Latex, Soja)		
Zigaretten: Anzahl / Tag	Alkohol:	
Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, TBC):		
Verhütung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein z. B. Pille, Kondom, Spirale:	Besteht prinzipiell Kinderwunsch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vielleicht	
Vermuten Sie eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hormonersatztherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (welche, Dosierung)		

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten