

# Anamnese-Formular



FRAUENÄRZTIN  
Mihaela N. Gruia

Sehr geehrte/r Patient/in,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

## BASIS-ANGABEN

<b>Patient/in</b>	NAME / VORNAME	GEBURSTDATUM
<b>Anschrift</b>	STRAÙE / HAUSNUMMER	PLZ / STADT
<b>Telefon</b>	PRIVAT	MOBIL
<b>Mail &amp; Job</b>	eMAIL	BERUF (ggf. vorheriger)

## ANAMNESE

<b>Regelblutung?</b>	DIE ERSTE IN WELCHEM ALTER / DATUM DER LETZTEN	<b>Treiben Sie Sport?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN / WENN JA, STD. JE WOCH
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> AUFGEHÖRT	WENN JA, WIE VIEL JE TAG UND SEIT WANN	
<b>Behandlungen?</b>	OPERATIONEN: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	BESTRAHLUNG: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	CHEMOTHERAPIE: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
WENN ETWAS ZUTREFFEND IST, BITTE KURZE BENENNUNG			

### Allergien / Medikamenten- oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	WENN JA, WELCHE
---	-----------------

<b>Haben Sie Schlafstörungen?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<b>Besteht ein Kinderwunsch?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Sind Sie schwanger?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> MÖGLICHERWEISE	WENN JA, IN WELCHER WOCH	

<b>Geburten</b>	ANZAHL / ggf. BEMERKUNGEN	<b>Fehlgeburten</b>	ANZAHL / ggf. BEMERKUNGEN
-----------------	---------------------------	---------------------	---------------------------

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

<input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK	<input type="checkbox"/> THROMBOSE	<input type="checkbox"/> SCHLAGANFALL	<input type="checkbox"/> HERZERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> KRAMPFADERN
<input type="checkbox"/> LEBERERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> NIERENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> EPILEPSIE	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE
<input type="checkbox"/> HORMONSTÖRUNGEN	<input type="checkbox"/> SCHILDDRÜSENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> BLUTUNGSNEIGUNG	<input type="checkbox"/> ARTHROSE	<input type="checkbox"/> HARNINKONTINENZ
<input type="checkbox"/> KREBSERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> GEMÜTSERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> ASTHMA / COPD	<input type="checkbox"/> HEPATITIS / HIV	<input type="checkbox"/> SONSTIGES

### Traten in Ihrer Familie (Eltern/Großeltern/Geschwister/Tanten) folgenden Erkrankungen auf?

<input type="checkbox"/> ALLERGIEN	<input type="checkbox"/> THROMBOSE	<input type="checkbox"/> SCHLAGANFALL	<input type="checkbox"/> HERZERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> KRAMPFADERN
<input type="checkbox"/> KREBSERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/> GEBURTICHE FEHLBILDUNG	<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK	

<b>Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	WENN JA, WELCHE (Z.B. Pille, ASS, etc.)
---	---	---

<b>Untersuchungen</b>	LETZTE GYNÄKOLOGISCHE	LETZTE MAMMOGRAPHIE	LETZTE COLOSKOPIE
-----------------------	-----------------------	---------------------	-------------------

## SERVICE-ANGABEN

### Wie sind Sie auf unserer Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> ARZT	<input type="checkbox"/> FAMILIE	<input type="checkbox"/> TELEFONBUCH	<input type="checkbox"/> ZEITUNG	<input type="checkbox"/> INTERNET	<input type="checkbox"/> BEKANNTE(R)	<input type="checkbox"/> PRAXISSCHILD	<input type="checkbox"/> SONSTIGES
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

<b>Dürfen wir Sie über Vorsorgetermine und neuste medizinische Erkenntnisse informieren?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
--	---

.....  
DATUM

.....  
UNTERSCHRIFT