



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie, sich Zeit zu nehmen, um die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten, da diese Informationen für Ihre Behandlung von großer Bedeutung sind. Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Formulars.

Name, Vorname:				Geburtsdatum:	
Telefon:			Email:		
Beruf:			Hausarzt:		
Krankenkasse:					

Körpergröße in cm: ... Gewicht in kg: ... Letzte reguläre Periodenblutung: ...

Wie viele Tage liegen zwischen 2 Periodenblutungen?

Die Blutung ist ☐ stark ☐ normal ☐ schwach ☐ unregelmäßig

In welchem Alter waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung?

Besteht Kinderwunsch? ☐ ja ☐ nein ☐ später

Geburten:	Geburtsjahr	Normal Geburt: Ja	Nein	Kaiserschnitt	Zange/Saugglocke
1.	_____	☐	☐	☐	☐
2.	_____	☐	☐	☐	☐
3.	_____	☐	☐	☐	☐
4.	_____	☐	☐	☐	☐
5.	_____	☐	☐	☐	☐

Gab es während einer Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?

Wann und welche?

Anzahl der: Fehlgeburten? Eileiterschwangerschaften? Schwangerschaftsabbrüche?

Gynäkologische Operationen? ☐ ja ☐ nein

Welche und wann?

Hatten Sie andere Operationen? ☐ ja ☐ nein

Welche und wann?

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ☐ ja ☐ nein

Welche?

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt ☐ ja ☐ nein

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?

Wann wurde die/der letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja wann?



Anamnesebogen

Mit welcher Methode verhüten Sie?

☐ keine	☐ Pille Welche:.....	☐ Verhütungsstäbchen	☐ Kondom
☐ Hormonspirale	☐ Kupferspirale	☐ Natürliche Familienplanung	☐ Verhütungsring
☐ 3-Monate-Spritze	☐ Pflaster	☐ Sterilisation	☐ andere

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Welche?

Medikamente	morgens	mittags	abends	Zur Nacht	Bei Bedarf
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

Nehmen Sie Hormone ein

☐ ja ☐ nein

Welche und seit wann?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

☐ Gerinnungsstörung	☐ Herzinfarkt	☐ Bluthochdruck
☐ Diabetes	☐ Hormonstörung	☐ Arthrose
☐ HIV	☐ Asthma/COPD	☐ Lebererkrankung
☐ Thrombose/Lungenembolie	☐ Krampfadern	☐ Epilepsie/Krampfanfälle
☐ Schilddrüsenerkrankung	☐ Harninkontinenz	☐ Wechseljahresbeschwerden
☐ Schlaganfall	☐ Migräne	☐ Nierenerkrankung
☐ Osteoporose	☐ Blutungsneigung	☐ Reizdarm
☐ Hepatitis	☐ Depression/Angststörung	☐ Krebserkrankung

Andere.....
.....

Rauchen Sie?

☐ Ja Zigaretten am Tag ☐ Nein

Trinken Sie Alkohol?

☐ häufig ☐ gelegentlich ☐ nein

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen (z.B. Brust- oder Eierstockkrebs) ☐ ja ☐ nein
Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?

Wenn ja - welche und bei was für einem Familienmitglied?

Anamnesebogen



Frauenarztpraxis Feryal Khartabil

Sternbuschweg 156
47057 Duisburg
www.gynfee.de

Tel: 0203 350304 . Fax: 0203 3177663
Email: fk@frauenarztpraxis-khartabil-duisburg.de

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

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 widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....
Name, Vorname, Datum, Unterschrift

Hinweis zu Terminabsagen und Ausfallgebühren

Die für Sie vergebenen Termine werden ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine ordnungsgemäße Absage **spätestens 24 Stunden im Voraus**.

Sie können Ihren Termin telefonisch, per E-Mail oder online über die Doctolib-App verwalten (z. B. absagen oder verschieben).

Erfolgt die Absage nicht fristgerecht oder erscheinen Sie nicht zum Termin, können wir den Termin so kurzfristig in der Regel nicht neu vergeben. In diesem Fall berechnen wir Ihnen gemäß § 615 BGB **eine Ausfallgebühr in Höhe von 35 €**.

Wir bitten um Ihr Verständnis: Diese Regelung hilft uns, allen Patientinnen und Patienten verlässlich Termine anbieten zu können. Bei Fragen – oder wenn Sie den Betrag vorab begleichen möchten – sprechen Sie uns gerne an.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie damit einverstanden sind.

.....
Name, Vorname, Datum, Unterschrift