Frauenarztpraxis Feryal Khartabil

Sternbuschweg 156
47057 Duisburg
www.gynfee.de

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

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:	

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) durchgeführ ○ 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? ……

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? ……

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.

……..
Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!