

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Sehr geehrte Patientin,

bitte füllen Sie vor dem Gespräch mit dem Arzt die folgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) sorgfältig aus und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise und helfen dem Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden zu finden und die richtigen Untersuchungen bzw. Behandlungen auszuwählen. Falls Sie bei bestimmten Fragen mehr Platz für die Beantwortung benötigen, nutzen Sie bitte die zusätzlichen Schreiblinien am Ende des Bogens.

Alter: _____ **Jahre, Gewicht:** _____ **kg, Größe:** _____ **cm, Beruf:** _____
(ggf. ehemalige berufliche Beschäftigung, falls im Ruhestand)

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt? _____

An welchen Beschwerden leiden Sie aktuell? _____

Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt? ja nein
 Wenn ja, weswegen? _____

Haben Sie noch Ihre Monatsblutung? ja nein

Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig? ja nein

Blutungsdauer in Tagen: _____

Zwischenblutungen? ja nein

Blutungsstärke: stark mittel schwach

Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung? _____

Waren Sie schon einmal schwanger? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____

Hatten Sie schon eine oder mehrere Geburten? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wurden Sie bereits früher operiert? ja nein

Wenn ja, weswegen und wann? _____

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?

ja nein

Aspirin® (ASS), Heparin, Marcumar®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Ticlopidin, Clopidogrel.

Sonstiges: _____

Wann war die letzte Einnahme? _____

Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Familiäre Vorbelastung? ja nein

Erkrankungen	hoher Blutdruck	Schlaganfall	Herzinfarkt	Zucker (Diabetes)	Krebs
der Mutter	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____					
des Vaters	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____					
der Geschwister	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____					
der Kinder:	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____					

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? _____**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt?** ja nein

Wenn ja, wann? _____

Verhüten Sie mit der Kupfer- oder Hormonspirale? ja nein**Verhüten Sie mit hormonhaltigen Verhütungsmitteln wie z. B. „Stäbchen“, 3-Monatsspritze?** ja nein

Wenn ja, mit welchem? _____

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:**Allergie/Überempfindlichkeit?** ja nein

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Lebensmittel |
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> Jod |
| <input type="checkbox"/> Pflaster | <input type="checkbox"/> Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon) |
| <input type="checkbox"/> Pollen (Gräser, Bäume) | <input type="checkbox"/> Betäubungsmittel, |
| <input type="checkbox"/> Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, beim Tragen von Modeschmuck oder an Hosennieten) | |

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> HIV |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|

Sonstiges: _____

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

Lebensgewohnheiten:**Rauchen Sie?** Wenn ja, was und wie viel täglich: _____ ja nein**Haben Sie früher geraucht?** Wenn ja, wie viele Jahre? _____ ja nein**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** ja nein 1-2 mal, 3-5 mal, 6-7 mal pro Woche, 1/2 ltr. Bier oder 1/4 ltr. Wein oder 1 Schnaps, 1 ltr. Bier oder 1/2 ltr. Wein oder 2 Schnäpse, mehr**Nehmen oder nahmen Sie früher Drogen?** Wenn ja, welche? _____ ja nein

Zusätzliche Anmerkungen:

Ergänzungen des Arztes:

Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Patientin