

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

MVZ medius KLINIK NÜRTINGEN
GYNPraxis Nürtingen

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für die richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten:

Name, Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon Partner
Hausarzt		

Körpergröße in cm

Körpergewicht in kg

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung?

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wie lange dauert Ihr Zyklus? 24T 26T 28T 30T 32T unregelmäßig
 kürzer länger

Anzahl Ihrer Geburten? natürliche Geburt/en

In welchem Jahr? Zange/Saugglocke/n
 Kaiserschnitt/e

Gab es während Ihrer Schwangerschaft / Geburt Komplikationen? Wenn ja, welche?

Fehlgeburten? Wenn ja, wann?

Schwangerschaftsabbrüche? Wenn ja, wann?

Eileiterschwangerschaften? Wenn ja wann? Welche Seite?

Wurden Sie schon einmal operiert?

Wurde die HPV-Impfung durchgeführt?

Wann war die letzte Untersuchung/Krebsvorsorge bei Ihrem Frauenarzt?

Wann wurde die letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt?

Wann wurde der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?

Mit welcher Methode verhüten Sie?

Keine
 Verhütungsstäbchen (Implanon)
 Sterilisation
 3-Monats-Spritze

Pille, Pillename:
 Hormonspirale
 Sterilisation des Partners
 Pflaster

Kondom
 Kupferspirale
 Nuvaring

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

Haben Sie Allergien?

Nehmen Sie Hormone ein? Welche, seit wann?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Gerinnungsstörung
 Herzinfarkt
 Bluthochdruck
 Diabetes mellitus
 Hormonstörung
 Arthrose
 HIV
 Depression

Thrombose
 Krampfadern
 Lebererkrankung
 Epilepsie
 Schilddrüsenerkrankung
 Harninkontinenz
 Hepatitis
 Krebserkrankung

Schlaganfall
 Migräne
 Nierenerkrankung
 Osteoporose
 Blutungsneigung
 Thromboseneigung
 Asthma/COPD
 Wechseljahresbeschwerden

sonstige:

Rauchen Sie? ja nein

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombosen, Lungenembolien aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied?

Gibt es in Ihrer Familie Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied?

Mit meiner Unterschrift bestätig ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

✕

✕

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT DER PATIENTIN/ DES VERTRETERS

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per Mail mitteilen. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen dürfen.

Telefon: 07022 / 78-26360

E-Mail: mvz-gynpraxis-mkn@medius-kliniken.de