



Anamnese Fragebogen

Frauenarztpraxis

Olga Dechant

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Größe _____ Gewicht _____ Alter _____

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuches? _____

2. Waren Sie früher schon einmal bei einer Frauenärztin/Frauenarzt? Ja Nein
Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? _____

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde? Ja Nein

Für etwaige Anforderungen von Vorbefunden:
Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung? _____

3. Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____
Datum des 1.Tag der letzten Regelblutung: _____

4. Haben Sie Allergien? Ja Nein
Wenn ja, gegen was? _____

5. Rauchen Sie? Ja Nein Wie viele Zigaretten täglich? _____

6. Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, wie oft? _____

7. Sind Sie: Ledig Overheiratet feste Partnerschaft verwitwet geschieden?

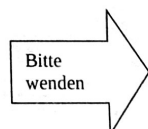
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

9. Verhüten Sie zurzeit? Ja Nein
Wenn ja, mit was? _____

10. Leiden Sie unter einer Venenerkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

11. Waren Sie schon einmal/sind Sie ernsthaft krank? Ja Nein

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Herz-Kreislauferkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Thrombose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Magen-Darmerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Migräne | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Leber-Gallenfunktionsstörung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |



Sonstiges

Ja Nein _____

12. Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

FALLS JA: Angaben zu den Schwangerschaften

Wann	Geburtsgewicht	Frühgeburt/Übertragen? Probleme in Schwangerschaft/ bei der Geburt, normale operative Entbindung?

13. Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, was, wann?

14. Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft? Ja Nein

15. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen? Ja Nein

FALLS ja: Wer?

- Herzinfarkt Ja Nein _____
- Schlaganfall Ja Nein _____
- Thrombose Ja Nein _____
- Lungenembolie Ja Nein _____
- Zuckerkrankheit Ja Nein _____
- Brustkrebs Ja Nein _____
- sonstiger Krebs Ja Nein _____
- sonstige Erkrankungen Ja Nein _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Frau Olga Dechant
Frauenärztin
Leopoldstr. 70
80802 München

Frauenarztpraxis

Tel.34 84 84
Fax. 089-38 88 99 93

Einverständniserklärung Datenübermittlung:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Adresse:

Email:

Telefonnummer:

Ich erlaube folgende Angehörigen/Bekanntem/Freunden/Pflegedienst die Abholung meiner Rezepte/Befunde/Verordnungen. Diese werden in einem verschlossenen Umschlag mitgegeben.

ANGEHÖRIGE: Name/Adresse/Tel.:
.....

Ich entbinde folgenden Angehörigen/Freunden/Pflegedienst von der Schweigepflicht:

.....
.....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde usw. zum Zwecke der Mit- und Weiterbehandlung an andere Ärzte oder Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Telefon/Post/Fax/E-Mail über Terminabsprachen, Krebsvorsorgetermine/Abstimmung des Behandlungsablaufes informiert werde.

Änderungen meiner Kontaktdaten teile ich der Praxis unverzüglich mit. Es ist mir bekannt, dass die E-Mail-Übertragung ohne Verschlüsselung erfolgt. Ein absoluter Ausschluss eines Datenmissbrauchs durch Dritte kann nicht gewährleistet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass innerhalb der gynäkologischen Praxis Frau Olga Dechant im Vertretungsfall auch Dr. med. Bernhard Schroff und Dr. med. Elisabeth Kaup meine Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde (Krankenakte) einsehen darf.

Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass meine Behandlungsdaten in der EDV-Krankenakte der Praxis Frau Olga Dechant abgespeichert werden und für das Praxisteam (Ärztin, Vertretungsärzte, MFA's) einsehbar sind.

Änderungen werde ich der Praxis unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient