



Praxis für die Frau
in Mölln

Praxis für die Frau Mölln

Partnerschaftsgesellschaft
Frau Yvette Kibuh & Frau Dr. Mareike Behrmann
Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wasserkrüger Weg 6
23879 Mölln

T 04542 / 830 320
F 04542 / 830 3222

info@praxisfuerdiefrau.de
www.praxisfuerdiefrau.de

ANAMNESEBOGEN

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Liebe Patientin!

Sie kommen heute zum ersten Mal in unsere Sprechstunde. Wir möchten Sie um einige freiwilligen Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte bitten. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Den vollständigen Fragebogen bringen Sie bitte zum ersten Termin mit.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Vorname, Nachname:

Geb.-Datum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel: Privat:

Mobil:

E-Mail:

Welchen Beruf üben Sie aus?

Besuchsgrund:

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION:

Größe:

Gewicht:

1. Tag der letzten Regelblutung:

In welchen Abständen tritt ihre Blutung auf? _____

Ist Ihre Regelblutung Schmerzhaft?

ja

nein

Nehmen Sie deswegen regelmäßig Schmerzmittel? ja nein

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? _____ Jahre

Geburten? Wann?

Kaiserschnitt/e?

Fehlgeburten?

Schwangerschaftsabbrüche?

Aktuelle Verhütungsmethode:



Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt?

Bluthochdruck?	ja	nein
Herzerkrankung?	ja	nein
Zuckerkrankheit?	ja	nein
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	ja	nein
Migräne?	ja	nein
Hatten/haben Sie eine Thrombose oder Lungenembolie?	ja	nein
Störung der Blutgerinnung?	ja	nein
Sind andere Erkrankungen bekannt?	ja	nein
Wenn ja, welche? _____		
Allergien?	ja	nein
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie schon einmal operiert worden?	ja	nein
Was / Wann? _____		
Nehmen Sie Medikamente ein (auch Pille)?	ja	nein
Welche? _____		
Rauchen Sie?	ja	nein
Sind Sie gegen HPV geimpft?	ja	nein
Haben Sie schon einmal eine Mammographie (Röntgenuntersuchung) durchführen lassen?	ja	nein
Wann / Wo? _____		
Haben Sie schon einmal eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchführen lassen?	ja	nein
Wann und wo zuletzt? _____		
Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Krebserkrankungen oder andere schwere Erkrankungen (Herzinfarkt/ Schlaganfall)?	ja	nein
Welche / bei wem? _____		

Möllen, den

Unterschrift der Patientin oder Eziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Angaben!
Ihre Frauenärztinnen