



Patienten- Anamnesebogen

Frauenheilkunde Praxis Piotr Piernikarski

<http://www.info@praxis-piernikarski.de>

Praxis Piotr Piernikarski, Spitaler Str. 12, 20095 Hamburg Tel. 040/20 74 00, Fax.040/200 25 19

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum _____ .

Anschrift: _____

Handy: _____ Tel.Privat: _____ Tel. Arbeit: _____

E-Mail: _____ @ _____

Hausarzt: _____ Tel. Hausarzt: _____ .

Krankenkasse: _____ .

Größe:	Gewicht:	RR	BMI:	
Rauchen Sie? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja wie viel?				
Welche Medikamente nehmen Sie? Weshalb?				
Leiden Sie unter chron. Erkrankungen : LWS-Beschwerden, Migräne, Neurodermitis, Pollenallergie, Erschöpfungszustand, Immunschwäche, etc.? Wenn ja – welche ?				
Haben Sie bereits versucht diese Erkrankungen mit unkonventionellen Methoden (Akupunktur, Kräutertherapie, Neuraltherapie od. Schmerztherapie) zu behandeln? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Thrombose, Lungenembolie, Krebs, sonstige Krankheiten)? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied? In welchem Alter aufgetreten?				
Ist Ihre Blutung regelmäßig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Wie oft kommt Ihre Monatsblutung? (z.B. je 28 Tage oder 32 Tage)				
Wie lange dauert Ihre Monatsblutung?				
Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Datum) L.R.:				
Haben Sie Kinder? Wenn ja - wie viele? Junge <input type="checkbox"/> Wann geboren? Mädchen <input type="checkbox"/> Wann geboren?				
Geburt: Spontan <input type="checkbox"/> Vakuumentraktion <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>				
Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann?				
Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann?				

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Wenn ja, welche und wann?
Hatten Sie andere Operationen? (z.B. Blinddarm, Mandel Operation) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann?
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?
Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt? Name des Frauenarztes(Freiwillig):
Wurde bei der letzten gynäkologischen Untersuchung eine Ultraschalluntersuchung des Unterbauches durchgeführt?
Falls Verhütung – mit welcher Methode verhüten Sie? Keine <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> Pille Name? IUP (Spirale) <input type="checkbox"/> Kondome <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>
Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie oder Mamma – US?
Wann wurde das letzte Mal Ihr Impfstatus kontrolliert?
Grund Ihres Besuches? Kontrolle <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> anderes Problem <input type="checkbox"/>
Als weiteren Schwerpunkt in unserer Praxis, wird speziell bei chron. Erkrankungen eine Behandlung mit Akupunktur, Neuraltherapie, Kräutertherapie angeboten. Ich wünsche eine Beratung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ihre Fragen oder Wünsche:

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. **Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.** Ich erkläre mich mit der **elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.**

Datum:

Unterschrift:

Freiwillig: Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren: von Bekannten <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> zufällig <input type="checkbox"/>
