

# Patienten- Anamnesebogen

Frauenheilkunde Praxis Piotr Piernikarski

Nr.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Handy:** \_\_\_\_\_ **Tel.Privat:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Grund Ihres Besuches? Kontrolle  Schmerzen  Schwangerschaft  Verhütungsberatung

Ihre Fragen oder Wünsche:

Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Datum) L.R.:

Ist Ihre Blutung regelmäßig? Ja  Nein  Schmerzhaft? Ja  Nein

Verhütung – mit welcher Methode verhüten Sie?

Pille  **Welche** \_\_\_\_\_ Kondome   
IUP (Spirale)  **Welche/ Jahr** \_\_\_\_\_ andere

Haben Sie Kinder? Wenn ja - wie viele? Ja  Nein  Geburtsjahr:

Geburt: Spontan  Kaiserschnitt  Vakuumentextraktion

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? Ja  Nein  **Wann?**

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? Ja  Nein  **Wann?**

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Wenn ja, **welche und wann?**

Hatten Sie andere Operationen? (z.B. Blinddarm, Wirbelsäule, Darm )

Ja  Nein  Wann?

Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie oder Mamma – US?

Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt?

Wurde eine Ultraschalluntersuchung ? Ja  Nein

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wenn ja wie viel?

Welche Medikamente nehmen Sie? Weshalb?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Sind sie HPV geimpft ( Gebärmutterhalskrebs ) Ja  Nein

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:**