

ANAMNESE

FRAUENARZTPRAXIS KATHARINA HEMPEL

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Akupunktur · Neuraltherapie

Liebe neue Patientin,

bitte füllen Sie vor dem Arztgespräch den folgenden Fragebogen **sehr gründlich** aus.
Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort/Land
Anschrift	
Telefon	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT UND ZU ERKRANKUNGEN

Hausarzt	Fachärzte (chron. Krankh.)	
Heilpraktiker	Hebamme	
Größe	Gewicht	
Allergien	Allerg. Reaktionen auf Medikamente	
Dauermedikamente (bitte Medikamentenplan mitbringen)		
Rauchen (Zigaretten/Tag)	Täglich Alkohol?	Drogenkonsum

ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN

Bluthochdruck, Diabetes, Thrombose/Blutgerinnungsstörungen, Herz/Leber/Niere/Lunge,
Stütz- und Bewegungsapparat, Nerven/Sinnesorgane/seelische KH, Erbkrankheiten, HNO, andere

Selbst (Was)	Familie (Wer, Was)

FAMILIÄRE KREBSLEIDEN

Selbst (Krebsart, Alter)	Familie (Wer, Krebsart, Alter)

NICHTGYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Was	Wann	Wo

GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN UND ERKRANKUNGEN

Erste Monatsblutung (Alter)	Menopause (Alter)	1. Tag der letzten Monatsblutung
Zyklus aller wieviel Tage	Dauer (Tage) der Blutung	Schmerzhaft?
Hormone/Pille	andere Verhütung	
Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Impfausweis vorgelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

SCHWANGERSCHAFTEN UND GEBURTEN

Anzahl geborener Kinder	Geburtsjahre
Art der Geburt (spontan, Sectio)	Stillzeit

	Wann	Operation?	Wo
Fehlgeburten			
Totgeburten			
Eileiterschwangerschaften			

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter, Inkontinenz/Senkungs-OP, Ausschabungen, Schwangerschaftsabbrüche, Bauchspiegelungen, kosmetische Operationen, andere

Was	Wann	Wo

HABEN SIE MOMENTAN BESCHWERDEN?

Dresden, den

Unterschrift Patientin

Unterschrift Ärztin