

## Standard Gynäkologie Anamnesebogen

Liebe Patientin, um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit mir nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit mir selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

### Persönliche Daten

---

Nachname, Vorname (Patientin]

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat / mobil / geschäftlich)

E-Mail

---

Arbeitgeber / Anschrift

Ausgeübter Beruf

---

Hausarzt

Überwiesen von / empfohlen durch

---

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

**Sind Patientin und Zahlungspflichtige nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen.**

---

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtige(r))

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen vollständig und gewissenhaft beantworten.

Bitte wenden 



ja      nein

Haben Sie eine vollständige <b>Impfe gegen HPV</b> (Gebärmutterhalskrebs)?		
Welche <b>Operationen</b> hatten sie wann?		
In welchen Jahren hatten Sie <b>Geburten, Fehlgeburten oder Eileiterschwangerschaften</b> ? Wie haben Sie <b>entbunden</b> ?		
Welche <b>Allergien</b> haben Sie?		
Welche <b>Vorerkrankungen</b> haben Sie?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?		
Welches <b>Verhütungsmittel</b> verwenden Sie?		
Bekommen Sie eine Hormonersatztherapie?		
<b>Sonstiges:</b>		



Liebe Patientin,

mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, folgende wichtige Informationen gelesen und verstanden zu haben:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (weitere Informationen zum Datenschutz, siehe separaten Praxisaushang) und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle meinen Gesundheitszustand betreffenden Änderungen zu informieren.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

---

Datum

Unterschrift Patientin