

# Anamnesebogen



Dr. B. Bellinghausen  
IHRE FRAUENÄRZTIN

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

 Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

geboren am: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

telefonisch erreichbar: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit \_\_\_\_\_ Jahren

keine Regel (Periode) mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist (oder war) die Periode regelmäßig? ja, alle \_\_\_\_\_ Tage

nein, \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_

Tetanus \_\_\_\_\_ Diphtherie \_\_\_\_\_

Polio \_\_\_\_\_ Tuberkulose \_\_\_\_\_

HPV \_\_\_\_\_ Keuchhusten \_\_\_\_\_

Masern, Mumps, Röteln (MMR) \_\_\_\_\_

Sonstige (Grippe, Influenza) \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte gyn. Untersuchung**? \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte Krebsvorsorge**? \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte Mammographie/Sonographie**? \_\_\_\_\_

Haben Sie **derzeit Beschwerden**? \_\_\_\_\_

nein ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie **derzeit Probleme im Sexualleben?**

nein

ja, welche:

\_\_\_\_\_

**Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:**

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methoden	von	bis

**eigene Erkrankungen:**

Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ernsthafte Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad  
(z.B. Mutter, Bruder)

Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung,  
Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)


**allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):**

Datum	Art des Eingriffs

**gynäkologische Operationen:**

Datum	Art des Eingriffs

**Geburten:**

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

**Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:**

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-Schwangerschaft/Seite (rechts, links angeben)

Besteht bei Ihnen **derzeit Kinderwunsch**?

ja, seit \_\_\_\_\_ nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

ja nein

Wenn ja: Wann war der 1. Tag der letzten Periode?

\_\_\_\_\_

**Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:**

Medikament	Dosis	seit

**Allergische Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):**

nein

ja, auf: \_\_\_\_\_

**Konsum von:**

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

**Sonstiges:**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.  
Ihr Praxisteam  
Dr. med. Bettina Bellinghausen

## Terminvereinbarung

Sehr geehrte Patientin,

Sie kommen zur Arztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderenorts vielfach üblichen langen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinn, sondern begründet zugleich beiderseitige Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung (in Höhe von 60,00€) gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Geburtsdatum:

Datum

Name der Patientin (leserlich)

Unterschrift der Patientin

Unterschrift der Praxisinhaberin