



Qualität und
Entwicklung in
Praxen



Frauenheilkunde Praxis Natalia Nezlau

Patienten- Anamnesebogen

Dok

<http://www.praxisnatalianeزلaw.de>

Praxis Natalia Nezlau, Obere Hauptstr. 1, 72172 Sulz am Neckar, Tel. 07454/997679, Fax. 07454/997695

1.2.1 Anamnese

Ziel 1 (Kernziel)

1.2.1 (1) Dok2

Name _____ Geburtsdatum ____/____/____

Telefon _____ / _____ Hausarzt _____

Rauchen Sie? Wenn ja wie viel?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja wie viel?
Hatten Sie jemals eine Geschlechtskrankheit?
Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Thrombembolien, Bluthochdruck, Krebs, sonstige Krankheiten)? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied?
Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?
Ist Ihre Blutung regelmäßig?
Wie oft kommt Ihre Monatsblutung?
Wie lange dauert Ihre Monatsblutung?
Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Datum)
Sollten Sie seit längerer Zeit nicht mehr bluten, wann hat die Blutung ca. ausgesetzt?
Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele?
Stillen Sie?
Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt?
Empfängnisverhütung? (Bitte umkreisen) Pille Spirale Kondom
Wenn andere, welche?

Dateiname: 1.2.1 (1) Dok2_V2.0 Patienten-Anamnesebogen.doc
Erstellt: *Hristian Carabulea* am: 15.08.2007
Geprüft: *Natalia Nezlau* am: 15.08.2007
Freigegeben: *Natalia Nezlau* am: 15.08.2007

Seite 1 von 2
Version: 2.0
gültig ab: 15.08.2007

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Wenn ja, welche und wann?
Leiden Sie unter Krankheiten? Wenn ja, welche?
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie?
Grund Ihres Besuches? (Bitte umkreisen) Kontrolle Schmerzen anderes Problem

Ihre Fragen und/oder Wünsche: _____

Sehr geehrte Patientin, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die **vaginale Ultraschalluntersuchung für Fachärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe keine Sonderleistung der Krankenkasse ist**. Sollten Sie diese Untersuchung in meiner Ordination durchführen lassen wollen, **ist es kostenpflichtig**.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren 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**.

Ja, ich möchte an weitere Untersuchungen erinnert werden und bitte um die Eintragung in Ihre Erinnerungskartei.

_____/_____/_____
Datum

Unterschrift