



Sehr geehrte liebe Patientin,  
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die Angabe der nachfolgenden Daten ist selbstverständlich freiwillig, aber für uns für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Daher bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig zu lesen und auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift

Patientin .....  
Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... Tel. (Mobil) ..... E-Mail.....

Dürfen wir Ihnen als Service **E-mails** mit aktuellen Praxisinformationen zusenden? ja / nein

(vorheriger) Beruf ..... Größe ..... cm Gewicht ..... kg  
**Alter erste Regelblutung** ..... **Datum letzte Regelblutung** ..... **Letzte gyn. Vorsorge (Jahr)** .....

**Rauchen Sie?** ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? ..... Seit wann? .....

**Treiben Sie Sport?** ja / nein Wenn ja, welchen Sport? .....

**Operationen (Gyn)?** ja / nein Wenn ja, welche und wann: .....

**Allergien?** ja / nein Wenn ja, welche: .....

**wann war die letzte Kontrolle des Impfausweises?** ..... **Sind Sie HPV geimpft?** ja / nein

**Sind Sie Schwanger?** ja / nein / möglicherweise **Anzahl Geburten?** \_\_\_ davon \_\_\_ mit Kaiserschnitt

**Anzahl Fehlgeburten?** ..... **Anzahl Abtreibungen?** ..... **Eileiterschwangerschaften?** .....

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen und wenn ja (seit) wann?**

Bluthochdruck	Herzinfarkt/ Schlaganfall	Krampfadern	Thrombose
Lebererkrankung	Nierenerkrankungen	Diabetes mellitus	Epilepsie
Osteoporose	Hormonstörungen	Schilddrüsenerkrank.	Blutungsneigung
Arthrose	Harninkontinenz	Krebserkrankungen	Depressionen
Asthma / COPD	Hepatitis / HIV	Migräne mit Aura	sonstiges (welche?)

**Traten in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister / Tante/ Onkel) folgende Erkrankungen auf und wenn ja bei wem?**

Bluthochdruck	Herzinfarkt/ Schlaganfall	Thrombose/ Lungenembolie	Diabetes mellitus
Brustkrebs	Darmkrebs	Osteoporose	
Erbliche Blutgerinnungsstörungen		Andere Genetische Krankheiten (Fehlbildungen)	

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?** ja / nein Wenn Ja, welche? (nur die nicht von uns verordneten)

Sind Sie einverstanden, dass wir per Fax/ E-mail oder über Postversand Ihre **medizinischen Befunde** an Ihren Hausarzt und andere mit- und weiterbehandelnde Ärzte weiterleiten dürfen? ja / nein Wenn ja, an wen:

.....  
Name des Hausarztes

.....  
Namen von mit- und weiterbehandelnden Ärzten

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

.....  
Datum

.....  
Unterschrift