

**Anamnesefragebogen von Frauenärztin Mohrmann,
Eickhoffer Str. 4a 33142 Büren**

Name: _____ Geb.Datum: _____ Fam.-stand: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Beruf: _____ Größe /Gewicht: _____

Hausarzt/ärztin: _____

Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren genaue Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und behandeln zu können:

Zutreffendes bitte ankreuzen: siehe O

Vorerkrankungen:

Leiden Sie an einer der angegebenen **Erkrankungen**?

<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Urinverlust
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	<input type="checkbox"/> andere Krebserkrankung		<input type="checkbox"/> Epilepsie

andere Erkrankungen: _____

Menstruationszyklus:

Erster Tag der letzten Blutung: _____ Regelmäßiger Zyklus: ja nein

Ist die Blutung: stark normal schwach sehr schmerzhaft

Die Blutung dauert _____ Tage. Der Zyklus dauert _____ Tage.

Alter bei Ihrer ersten Regelblutung: _____Jahre

Eventuell auch Alter bei der Menopause: _____Jahre

Wie **verhüten** Sie aktuell? Gar nicht Mit: _____ seit: _____

Geburten:

Jahr der Geburt	Geschlecht des Kindes	Natürliche Geburt	Kaiserschnitt	Saugglocke/Zangengeburt

Hatte Sie: Fehlgeburten Abtreibungen Eileiterschwangerschaften

Wurden bei Ihnen **Operationen** durchgeführt?

Jahr der Operation	Art der Operation

Leiden Sie an **Allergien**? nein ja

Ja, ich bin allergisch gegen: _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**: nein ja

Ja, ich nehme folgende Medikamente: _____

Rauchen Sie? nein ja Wenn ja, wieviel? _____ gelegentlich

HPV-Impfungen:

Wurden Sie gegen HPV-Viren geimpft; auch Gebärmutterhalskrebsimpfung genannt?

Ja, vollständig Nein, gar nicht

Ja, aber nicht vollständig Ich weiß es nicht

Familienanamnese:

Bitte informieren Sie uns über schwerwiegende Erkrankungen, die bei nahen Verwandten wie Eltern, Geschwistern oder Ihren Kinder aufgetreten sind, z.B. Thrombosen, Embolien, Krebserkrankungen, Schlaganfall usw.:

Weitergabe und Empfang Ihrer personenbezogenen Daten:

Ich stimme dem postalischen und elektronischen Datenaustausch von personenbezogenen Daten zu. Es handelt sich im Allgemeinen um folgende Kooperationspartner:

1. an das Labor amedes Medizinische Dienstleistungs GmbH, Hamburg und dessen Standort diamedes in Bielefeld Sennestadt.
2. an das MVZ Labor für Cytopathologie Dr. Steinberg in Soest.
3. an meine/n o.g. Hausarzt/ärztin.
4. im Falle einer Überweisung oder Krankenhauseinweisung an den weiterbehandelnden Arzt/ Ärztin, MVZ oder an das weiterbehandelnde Krankenhaus.
5. bei Schwangerschaft an die betreuende Hebamme.
6. bei gesetzlich Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe.
7. an die Datenstelle der organisierten Krebsfrüherkennung des **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG** in Berlin.

Datum

Unterschrift, ggf. Sorgeberechtigte/r oder Bevollmächtigte/r