

## Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.

Deshalb bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen sorgfältig auszufüllen. Denn anhand Ihrer Angaben können wir uns ein besseres Bild von Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihrer Krankengeschichte machen und die Therapie genau auf Ihren individuellen Bedarf abstimmen. Es hilft uns ebenfalls, uns besser auf Ihren Termin vorzubereiten und diesen terminlich besser zu planen.

Alle Informationen dieses Gesundheitsbogens unterliegen, wie die Behandlungsdaten selbst, strengstens der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bitten Sie, diesen Bogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn uns per E-Mail, Fax oder Post vorab zuzusenden, damit wir Ihnen einen geeigneten Terminvorschlag machen können.

### Persönliche Daten

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Ihr Vorname: \_\_\_\_\_

Ihr Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ihr Beruf: \_\_\_\_\_

Ihre Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihre Telefon-Nr.: Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

### Daten Krankenversicherung

Wie sind Sie krankenversichert?

privat  gesetzlich

Wo sind Sie krankenversichert?

\_\_\_\_\_

Falls abweichend:

Name, Anschrift des Hauptversicherten  
Mitglieds:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei privatversicherten Patienten:

bitte Rechnungsadresse angeben, falls  
abweichend von Hauptadresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja  nein

**1. Weshalb kommen Sie zu uns?**

- Krebsfrüherkennung
  - Beratung zur Empfängnisverhütung
  - Kinderwunschberatung
  - unregelmäßiger Zyklus
  - Wechseljahrsbeschwerden
  - Brustdiagnostik
  - Krebsnachsorge
  - Schwangerschaftsbetreuung
  - Neuraltherapie / Schmerztherapie
  - Beckenschmerz
  - Sexualbeschwerden
  - Sonstige Beschwerden:
- 

**2. Befinden Sie sich z. Z. in ärztlicher Behandlung?**

- ja  nein
  - ↳ Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(en)?
- 

↳ bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

**3. Nehmen Sie regelmäßig Hormonpräparate ein (Pille, Wechseljahrs-hormone)?**

- ja  nein
- ↳ wenn ja, welches Präparat? \_\_\_\_\_

**4. Welche Medikamente (z. B. blutdrucksenkende Mittel, Lipidsenker, Marcumar) nehmen Sie regelmäßig ein?**

-----

-----

**5. Leiden Sie unter Allergien?**

- ja  nein
- ↳ wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

**6. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?**

- ich bin Nicht-Raucherin
- bis zu fünf
- \_\_\_\_Zigaretten/Tag

**7. Wurden Sie schon mal operiert?**

- ja  nein
  - ↳ wenn ja, welche und wann?
- 
- 

**8. Wurden Sie schon einmal wegen einer Krebserkrankung behandelt?**

- ja  nein
- ↳ wenn ja, welche Therapie?

- Operation
- Strahlentherapie
- Chemotherapie
- Biologische Tumorthherapie

**9. Kommen in Ihrer Familie (Mutter, Großmutter, Schwester, Tante) Brust- oder Unterleibskrebserkrankungen vor?**

- ja  nein
- ↳ wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen in der Familie (z.B. Herzinfarkt oder genetische Erkrankungen):

-----

**10. Wann wurde das letzte Mal bei Ihnen eine Mammographie durchgeführt?**

- noch nie
- im letzten Jahr
- innerhalb der letzten fünf Jahren
- vor mehr als fünf Jahren

### 11. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankung bzw. Beschwerden?

- Bluthochdruck
- Erhöhte Blutfette
- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
- Migräne
  - ↳  mit Aura    ohne Aura
- Asthma
- Lähmungen, Krampfanfälle
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lebererkrankungen, Gelbsucht, Hepatitis
- Darmerkrankungen
- Bluterkrankungen, Gerinnungsstörungen
- Erkrankungen der Gebärmutter oder Eierstöcke: \_\_\_\_\_
- Zyklusstörungen
- starke Blutungen
- schmerzhafte Periode
- Depressionen
- Hitzewallungen
- Schlafstörungen
- Gewichtszunahme
- Hautveränderungen
- Blasenschwäche

### 12. Haben Sie Kinder geboren?

- ja    nein
- ↳ wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_
- ↳ wann? \_\_\_\_\_
- Spontangeburt, Anzahl: \_\_\_\_\_
- Kaiserschnitt, Anzahl: \_\_\_\_\_
- Besonderheiten: \_\_\_\_\_

### 13. Traten während der Schwangerschaft Probleme auf?

- ja    nein
- ↳ wenn, ja, welche? \_\_\_\_\_

### 14. Hatten Sie eine/mehrere Fehlgeburt(en)?

- ja, Anzahl: \_\_\_\_\_
- nein

### 15. Besteht Impfschutz gegen

- Polio \_\_\_\_\_  ja    nein
- Diphtherie \_\_\_\_\_  ja    nein
- Tetanus \_\_\_\_\_  ja    nein
- Röteln \_\_\_\_\_  ja    nein
- Hepatitis \_\_\_\_\_  ja    nein
- Pertussis \_\_\_\_\_  ja    nein
- Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) \_\_\_\_\_  ja    nein
- Impfstatus nicht bekannt

### 16. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Bekannten/Freundinnen
- Empfehlung durch den Arzt
- Telefonbuch
- Praxisschild
- Zufall
- Internet

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (einschl. E-Mails, Labor-daten, radiologische Befunde bzw. Befunde anderer mitbehandelnder Ärzte und Faxe) einem Praxisvertreter, neuem Praxispartner oder Nachfolger zugänglich gemacht werden.

- ja    nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation bezüglich Termine und Befunde mit der Frauenarztpraxis am ZKM per Telefon, Fax und Email (üblicher unverschlüsselter Weg, siehe auch online Terminvergabe auf der Website) erfolgt.

- ja    nein

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**  
**Bitte senden Sie uns diesen Anamnesebogen vorab ausgefüllt und unterschrieben zurück per E-Mail, Fax oder per Post damit wir Ihnen einen passenden Terminvorschlag machen können.**

Karlsruhe, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

