SANAGYN

RUND UM DIE FRAU
FRAUENZENTRUM UND ÄSTHETIK

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Schön, dass Sie da sind!

Um Sie möglichst umfassend betreuen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten:

Vorname: .....

Nachname: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon/Mobil: .....

E-Mailadresse: .....

Hausarzt: .....

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: .....

Gewicht in kg: .....

Größe in cm: .....

Zigaretten/Tag: .....

Alkohol/Tag: .....

Beruf: .....

Letzter Frauenarztbesuch: .....

Letzte Monatsblutung: .....

Ist Ihre Blutung regelmäßig: .....

Abstand & Dauer Blutung .....

Gesundheitliche Angaben:

Wie verhüten Sie derzeit? (z. B. Pille/Spirale/Kondom) .....

Geburt/en (In welchemJahr? Spontan oder Kaiserschnitt?): .....

Fehlgeburten/Abtreibung (In welchem Jahr?): .....

> > > > Anamnesebogen bitte wenden > > > > weitere Fragen auf der Rückseite > > > >

Gesundheitsfragen:

Wurden Sie schon einmal operiert? (alle Operationen)	O Nein	O JA	Was/Wann? .....
Gab es Probleme bei der Narkose?	O Nein	O JA	Welche? .....
Leiden Sie unter Allergien?	O Nein	O JA	Welche? .....
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	O Nein	O JA	Welche? .....
Hatten Sie Thrombose, Embolie, einen Schlaganfall?	O Nein	O JA	Welche? .....
Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? z. B. Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs	O Nein	O JA	Welche? .....

Leiden Sie unter:

Bluthochdruck?	O Nein	O JA	
Diabetes Mellitus?	O Nein	O JA	
Schilddrüsenerkrankungen?	O Nein	O JA	
Herzerkrankungen?	O Nein	O JA	
Nierenerkrankungen?	O Nein	O JA	
Blutgerinnungsstörungen?	O Nein	O JA	
Krebserkrankungen?	O Nein	O JA	
Neurologischen Erkrankungen? z. B. Migräne, Epilepsie, Depressionen	O Nein	O JA	Welche? .....
Anderen Erkrankungen? z. B. Hepatitis, HIV, TBC	O Nein	O JA	Welche? .....

Sonstige Angaben:

Wie haben Sie von SANAGYN erfahren? .....

Möchten Sie an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? O Nein O JA

Ich verpflichte mich mit meiner Unterschrift, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, der Praxis mitzuteilen. Ferner erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....