



ZENTRUM FÜR AMBULANTE OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin,

herzlich willkommen im Zentrum für ambulante operative Gynäkologie.

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Zentrum entschieden haben und danken für Ihr Vertrauen. Für eine optimale Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Patientin

Name	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße	PLZ und Ort	Familienstand
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich

Betreuungsperson für 24 Stunden nach der Operation ja nein

Ich bin wie folgt versichert gesetzlich privat

Versicherung

Überweisung ja nein

Überweisende/r Arzt/Ärztin

Diagnose

Aktuelle Beschwerden/Anlass der Konsultation

Letzte **Periode** am

Abstände Dauer

regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft stark

Sind Sie schwanger? ja nein

Verhüten Sie? ja nein

Wenn ja, welche Art der Verhütung benutzen Sie?
(Antiibabypille, Intrauterinpessar, Diaphragma, Kondom, Temperaturmethode)

Schwangerschaften

Geburten (Jahr/Besonderheiten)

Fehlgeburten Abbrüche Eileiterschwangerschaften



ZENTRUM FÜR AMBULANTE OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unterleib | <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Niere |
| <input type="checkbox"/> Psyche | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis/HIV) | |

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie **Hormone** ein? ja nein

Haben Sie in den letzten 7 Tagen
Aspirin/Blutverdünner eingenommen? ja nein

Sind Sie schon einmal **operiert** worden? ja nein

Wenn ja, welche **Operation** wurde bei Ihnen durchgeführt?

Wenn ja, wann wurde(n) die Operation(en) durchgeführt?

Haben Sie die **Narkose** gut vertragen? ja nein

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? ja nein

Wenn ja, welche Allergien sind bei Ihnen bekannt?

Nehmen Sie deswegen **Medikamente** ein? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Datum der letzten **frauenärztlichen Untersuchung/Vorsorge**

Gynäkologe/Gynäkologin

Hausarzt/-ärztin

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....
Datum

.....
Unterschrift (Patientin/Erziehungsberechtigter)

.....
überprüft am

.....
Unterschrift (Arzt)