


Gemeinschaftspraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe	1.2.1 Anamnesebogen	
Dr. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs	Mädchensprechstunde	

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ Ort _____

Tel.: _____ Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____ Körpergröße: _____ Gewicht: _____ kg

Rauchst Du? Nein Ja, ca. ____ Zigaretten pro Woche

Gibt es in Deiner Familie bestimmte Krankheiten? (z.B. Thrombose, Allergien..)

.....

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche sind das?

.....

Bist Du schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann und weshalb?

.....

Wann hattest Du Deine allererste Regelblutung, wann Deine letzte?

Erste Blutung: _____ Letzte Blutung: _____

Wie ist Deine Regelblutung?

stark mittel schwach regelmäßig unregelmäßig

Hast Du momentan Beschwerden? Wenn ja, welche ?

.....

Hattest Du schon Geschlechtsverkehr? Ja Nein

Leidest du unter...

starker Körperbehaarung oder Haarausfall? Kopfschmerzen während der Regelblutung ?
 Regelschmerzen ? Zyklusunregelmäßigkeiten ?
 Hautproblemen ?

Hast du schon einmal eine HPV Impfung zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs bekommen?

Ja Nein


Hast Du besondere Fragen?

.....

Welche Themen sind besonders wichtig für Dich und worüber möchtest Du im Gespräch mehr erfahren?

<input type="checkbox"/> HPV-Impfung	<input type="checkbox"/> Verhütung
<input type="checkbox"/> Zyklus und Regelblutung	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Regelschmerzen	<input type="checkbox"/> gynäkologische Untersuchung
<input type="checkbox"/> Verwendung von Tampons	<input type="checkbox"/> Liebe und Sexualität
<input type="checkbox"/> sexuell übertragbare Krankheiten	<input type="checkbox"/> allgemeine Hygiene
<input type="checkbox"/> Körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> sonstige

Unterschrift: _____ Datum: _____

Gemeinschaftspraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe	1.2.1 Anamnesebogen	 rittershaus funke & röhrs
Dr. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs	Mädchensprechstunde	

Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Gemeinschaftspraxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen Zugang zu Ihren Daten, alle MitarbeiterInnen haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

- Ich bin mit der Datenübermittlung (= Hausarztbrief) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt einverstanden.
- Ich bin ebenfalls mit der Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser einverstanden, wenn diese zum Wohle meiner Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.
- Ich bin einverstanden, dass Laboruntersuchungen mit meinen Personalien an das Fachlabor Wagner/Stibbe eingeschendet werden. (Viele Untersuchungen können nicht in unserer Praxis durchgeführt werden (Abstriche/Blutentnahmen))
- Ich bin einverstanden, dass die Praxis Dr. A. Rittershaus & K. Funke bei anderen Ärzten wichtige Unterlagen von mir anfordert (Befunde, Röntgenbilder, etc.).

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Name: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Tel.: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Version 2.1	/freigegeben von: dr.rittershaus/K.Funke	gültig ab 18.05.2015
-------------	--	----------------------