Dr. med.
MIRIAM TENDER
Frauenärztin Wolbecker Straße

ANAMNESEBOGEN

Ihre Gesundheit liegt mir am Herzen. Damit ich Sie optimal beraten kann, bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-mail _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Beruf _____

Hausarzt bzw. Hausärztin _____

Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten

Womit verhüten Sie aktuell? _____

Rauchen Sie? ◯ Ja Wieviele ? _____ ◯ Nein ◯ Ich habe in der Vergangenheit geraucht

Wie oft waren Sie schwanger? (inkl. Fehlgeburten) _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder pflanzliche Arzneimittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) vorhanden? ◯ Ja ◯ Nein ◯ Unklar

DR. MED. MIRIAM TENDER · Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Wolbecker Straße 56 · 48155 Münster · Telefon 0251 64 680 · Fax 0251 67 42 378
mail@praxis-tender.de · www.praxis-tender.de

Dr. med.
MIRIAM TENDER
Frauenärztin Wolbecker Straße

Fragen zu bestehenden Erkrankungen

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Bluthochdruck	◯ Ja	◯ Nein
Blutgerinnungsstörung	◯ Ja	◯ Nein
Chronische Herz- oder Lungenerkrankung	◯ Ja	◯ Nein
Schilddrüsenerkrankungen	◯ Ja	◯ Nein
Diabetes mellitus	◯ Ja	◯ Nein
Chronische Nierenerkrankungen	◯ Ja	◯ Nein
Leber- oder Gallenerkrankungen	◯ Ja	◯ Nein
Psychiatrische Erkrankungen (Depressionen)	◯ Ja	◯ Nein
Essstörungen	◯ Ja	◯ Nein
Migräne	◯ Ja	◯ Nein

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

Thrombose u/o Lungenembolie	◯ Ja	◯ Nein
Krebserkrankung	◯ Ja	◯ Nein

Leiden Sie unter einer anderen chronischen Erkrankung
(wie z. B. Sichelzellanämie, Hepatitis, Morbus Chron, Epilepsie)?

Leiden Sie an einer Allergie bzw. Unverträglichkeit? ◯ Ja ◯ Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? ◯ Ja ◯ Nein
Wenn ja, welche? (z.B.: Kaiserschnitt, Blinddarm, Galle, Gebärmutter, Brust)

Fragen zu Erkrankungen in Ihrer Familie

Hatte jemand in der Familie eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden?
Wenn ja, wer und in welchem Alter? _____

Thrombose/Lungenembolie	◯ Ja	◯ Nein
Brust- u/o Eierstockkrebs	◯ Ja	◯ Nein
Schlaganfall u/o Herzinfarkt	◯ Ja	◯ Nein

Hiermit bestätige ich, den Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben.
Die beiliegende DSGVO habe ich gelesen und bin mit der Datenverarbeitung einverstanden.

Datum und Ort

Unterschrift