



# Patienten-Anamnesebogen

**Dr. med. S. Ehrich**

<b>Patientenname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Größe:</b>	
<b>E-Mail:</b>	<b>Blutgruppe:</b>	
<b>Gynäkologische Eigenanamnese:</b>		
Erste Regelblutung (Alter):		
Regelabstand (ohne Pille):	Regeldauer:	
Geburten:		
Fehlgeburten:		
Schwangerschaftsunterbrechungen:		
Komplikationen:		
Letzte gynäkologische Untersuchung:		
Letzter gynäkologischer Ultraschall:		
Letzte Mammografie (Röntgen der Brust):		
Letzter Ultraschall der Brust:		
<b>Wechseljahre</b> (Letzte Regel überhaupt) Alter bei letzter Regel:		
<b>Gynäkologische Vorerkrankungen:</b>		
Gynäkologische Operationen (Jahr)an:		
- der Brust:		
- am Unterleib:		
Andere gynäkologische Erkrankungen:		
<b>Allgemeine Eigenanamnese:</b>		
Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV):		
Gerinnungsstörungen: (Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt)		
Stoffwechselerkrankungen:		
Herz-Kreislaufferkrankungen:		
Neurologische Erkrankungen:(Depression, Epilepsie)		
Allergien:		
Operationen: (Jahr)		
Medikamenteneinnahme:		
Sonstige Erkrankungen:		
Wann war Ihre letzte Darmspiegelung? (Befund):		
<b>Erbkrankheiten in der Familie: (wer/was?)</b>		
Krebsleiden: (Wer? Krebsart?)		
Gerinnungsstörungen: (Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt ) (Wer?)		
<b>Rauchen Sie? ( max. Anzahl pro Tag )</b>		

Bei Platzmangel in der Spalte benutzen Sie bitte die Rückseite für weitere Ausführungen!

**Ich wurde über Risiken und Nebenwirkungen der Hormonanwendung aufgeklärt (separater Aufklärungsbogen)**

**Wenn Sie unseren Service der Online-Terminbuchung nutzen möchten, benötigen wir Ihre aktuelle E-mail-Adresse:**

Datum:

Unterschrift:



## Einverständniserklärung Informationsweitergabe

**Dr. med. S Ehrich**

---

Pat. Nr.:

Dr. med. S. Ehrich  
Schwarzwurzelstraße 1  
12689 Berlin

Name des Patienten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name