

# Anamnesebogen Praxis Dr. med. Catherine Ruth

[www.praxis-dr-ruth.de](http://www.praxis-dr-ruth.de)

Gerhard-Rohlf's-Str. 46

28757 Bremen

Tel. 0421-652666

Sehr geehrte Patientin,

erst einmal möchten wir sie als Team der Frauenarztpraxis Dr. Ruth herzlich begrüßen. Um sie gleich von Anfang an möglichst umfassend beraten und behandeln zu können, benötigen wir noch einige Angaben von ihnen, die sowohl ihre aktuelle Situation als auch frühere Ereignisse betreffen.

Wir bitten sie daher, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen, soweit es ihnen möglich ist, auszufüllen. Offene Fragen und Anliegen können wir dann sicher im gemeinsamen Gespräch klären. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Daten :

Name, Vorname :

\_\_\_\_\_

Anschrift :

\_\_\_\_\_

Telefon :

Handy :

\_\_\_\_\_

e-mail :

Fax :

\_\_\_\_\_

Hausarzt/ärztin :

Geburtsdatum :

## Soziale Daten :

\_\_\_\_\_

Familienstand :

Beruf/Ausbildung :

\_\_\_\_\_

Bisherige Geburten (Jahr, Geburtsart, Geschlecht, Gewicht, gestillt ja/nein)

\_\_\_\_\_

Bisherige Fehlgeburten (Jahr, Schwangerschaftsmonat ):

\_\_\_\_\_

Bisherige Abbrüche ( Jahr, Schwangerschaftsmonat )

\_\_\_\_\_

Derzeitige Verhütung :

\_\_\_\_\_

Sportliche Aktivitäten :

## Vorgeschichte :

\_\_\_\_\_

Alter der 1. Regelblutung ( in Jahren ) :

\_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten :

\_\_\_\_\_

Impfungen : ( wann, welche, Impfpaß vorhanden ?, bitte mitbringen )

\_\_\_\_\_

bitte wenden →

**Operationen** ( wann, was ? ) :

---

---

---

**Erkrankungen** wie z.B. ( Zutreffendes bitte ankreuzen ):

Bluthochdruck                       Herzerkrankung                       Diabetes mellitus   
Asthma                                       Thrombosen/Embolien   
Allergien  welche ? ( Allergie-Paß ? )  
Krebserkrankung  welche, wann ?  
Andere  welche ?

**Aktuelle Medikamente** :

---

**Genussmittel** ( ungefähre Menge ) :

Nikotin :                                      Alkohol :                                      andere :

---

**Erkrankungen in der Familie** ( Zutreffendes bitte ankreuzen ) :

Bluthochdruck                       Diabetes mellitus                       Herzerkrankung   
Schlaganfall                       Behinderungen   
Krebserkrankungen  welche, bei wem ?

---

---

**Ganzheitliche Medizin** :

Ich habe Interesse an die Schulmedizin ergänzenden Heilverfahren wie  
Naturheilverfahren, Qi Gong ( Chinesische Heilgymnastik ) etc.

Ja                       Nein                       Weiß nicht

**Terminerinnerung/Recall** :

Ich möchte an Kontrolltermine wie die Krebsvorsorgeuntersuchung oder andere  
wichtige Termine erinnert werden :

Nein                       Ja

Wenn ja, dann mittels : Fax  e-mail  Telefon  Brief  Handy   
Unterschrift/Datum

---

**Befundübermittlung**

Seit 1.4. 2005 sind wir verpflichtet, automatisch alle Untersuchungsbefunde an ihre/n  
behandelnde/n Hausarzt/ärztin weiterzuleiten. Dies bringt erhebliche Mehrarbeit mit  
sich, da dies auch Normalbefunde betrifft.

Bitte prüfen sie, ob sie uns von dieser Pflicht bis auf Widerruf entbinden wollen.

Wichtige Befunde werden wir auch weiterhin ihrem/ihrer Arzt/Ärztin mitteilen.

Bitte ankreuzen :

**Ja**, ich wünsche eine automatische Befundübermittlung.

**Nein**, ich wünsche keine Befundübermittlung.

---

Unterschrift/Datum

**Vielen Dank für ihre Mitarbeit !**