

Name	Alter	Jahre
Vorname	Gewicht	Kg
Wie lang ist Ihre Periode?	Tage	Größe
		m
Erster Tag der letzten Periode?		Datum
Wie viele Tage liegen bei Ihnen normalerweise zwischen zwei Perioden?		Tage



Dr. med. Anja Fünfstück
 Dr. med. Axel Krämer
 Sabrina Stempin
 Danziger Str. 35
 10435 Berlin (Prenzlauer Berg)
 Germany
 Telefon +49 30 44 22 927
 Telefax +49 30 4430 8619
 eMail praxis@dr-fuenfstueck.de

Patientinnenfragebogen Anamnese

Ja Nein Freitext

Alter bei der ersten Regelblutung			
Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?			
Zyklusauffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gynäkologische Vorerkrankungen / Operationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind sie schwanger?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl Spontangeburt			
Anzahl Kaiserschnitte			
Anzahl Zangengeburt			
Anzahl Sauglockengeburt			
Anzahl Fehlgeburt			
Anzahl Schwangerschaftsabbrüche			
Anzahl Eileiterschwangerschaften			
Sind bei den Schwangerschaften / Geburten Komplikationen aufgetreten?			
Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?			

Persönliche Anamnese

Haben Sie Kinderwunsch?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie Sport?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migräne ohne Aura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migräne mit Aura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfader	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus Typ 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus Typ 2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus Mody	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte wenden

Name

Vorname



Dr. med. Anja Fünfstück
 Dr. med. Axel Krämer
 Sabrina Stempin
 Danziger Str. 35
 10435 Berlin (Prenzlauer Berg)
 Germany
 Telefon +49 30 44 22 927
 Telefax +49 30 4430 8619
 eMail praxis@dr-fuenfstueck.de

Persönliche Anamnese

	Ja	Nein	Freitext
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gemütskrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Familien Anamnese

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes mellitus Mody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Geburtliche Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ihr Kontakt zu uns erfolgte durch:

Bekannte(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Praxisschild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Google	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Jameda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Wollen Sie Erinnerungen an weitere Vorsorgetermine?

per eMail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
per Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Was wollen Sie uns noch mitteilen?

Ort,

Datum

Unterschrift