



## ANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Patientin**, ich möchte Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und per E-Mail an [ordination@gruberresch.at](mailto:ordination@gruberresch.at) zu retournieren. **VIELEN DANK!**

TITEL	VORNAME	NACHNAME	SOZIALVERS.-NR.	GEBURTSDATUM
				. . .

ANSCHRIFT		
TELEFON	E-MAIL	KRANKENKASSE

HAUSARZT	ZUWEISENDER FACHARZT
BERUF	DIENTSTGEBER
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	

Körpergröße (cm)			Körpergewicht (kg)		
Rauchen Sie?	JA	NEIN	Trinken Sie Alkohol?	JA	NEIN
HPV-Impfung	JA	NEIN	Letzte Kontrolle Facharzt	. . .	
Allergien?	JA	NEIN	Welche?		
Nehmen Sie Medikamente?	JA	NEIN			
Medikament					
Dosierung					

Wie lange dauert ihr Zyklus?	24 T	26 T	28 T	30 T	32 T	unregelmäßig	kürzer	länger
------------------------------	------	------	------	------	------	--------------	--------	--------

Alter bei der 1. Periode	Letzte Menstruation (Datum 1.Tag)	. . .	Dauer der Blutung?	Tage
--------------------------	-----------------------------------	-------	--------------------	------

Mit welcher Methode verhüten Sie?		
Keine	Pille, Pillenname:	Kondom
Verhütungsstäbchen (Implanon)	Hormonspirale (Mirena, Jaydess)	Kupferspirale
Sterilisation	Sterilisation des Partners	Nuvaring
3-Monats-Spritze	Pflaster	

**BITTE WENDEN!**



GEBURTEN		SCHWANGERSCHAFTEN		ABORTE/ABBRÜCHE
Bitte geben Sie für jede Geburt/Fehlgeburt Datum, Geschlecht, Geburtsart (normal, Kaiserschnitt, Saugglocke) und aufgetretene Komplikationen an.				
Datum	Geschlecht	Gewicht	SSW	Geburtsart / Besonderheiten

OPERATIONEN		
Bitte geben Sie für jede Operation Datum und Art des Eingriffs an und wo dieser durchgeführt wurde.		
Datum	Art des Eingriffs	Krankenhaus/Praxis

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?	NEIN	JA	Wenn ja, welche?	
			Welches Familienmitglied und in welchem Alter?	

Haben Sie oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?		
Blutgerinnungsstörung	Fettstoffwechselstörung	Epilepsie
Venenthrombose	Diabetes mellitus	Endometriose
Lungenembolie	Leberfunktionsstörung	Migräne mit Aura
Bluthochdruck	Lebertumor	Migräne ohne Aura
Herzinfarkt	Schilddrüsenerkrankung	Hepatitis
Schlaganfall	Asthma bronchiale	HIV

Krebserkrankung?	NEIN	JA	Wenn ja, welche?	
			Welche Therapie?	
Sonstige Erkrankung?				

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach der EU-DSGVO einverstanden. Weiters stimme ich dem Versand von Befunden per Mail an mich bzw. meinem Hausarzt/Facharzt zu.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass bei nicht rechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) ein **Ausfallhonorar in der Höhe von € 70,-** in Rechnung gestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift