

ANAMNESEBLATT

Name				Titel		
Adresse						
Telefon			E-Mail			
Geburtsdatum			SV-Nummer			
Versicherung			Zusatzversicherung			
Beruf			Hausarzt			
IBAN (zwecks Kostenrückerstattung)						
Grund der Untersuchung:		<input type="checkbox"/> Routine		Beschwerden, wenn ja - welche:		
Erste Menstruation	mit	Jahren		Letzte Regelblutung:		
Zyklus regelmäßig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Zykluslänge/Dauer		
Kinderwunsch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Verhüten Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie?
						Seit wann?
Haben Sie den Wunsch nach einer (anderen) Verhütungsmethode?				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche?						
Geburten		Schwangerschaften		Aborte/Abbrüche		
DATUM/JAHR	GEBURTSMODUS	WO?	GEWICHT des Kindes	KOMPLIKATIONEN		
Größe			Gewicht			Blutgruppe/Rhesus:
Letzte Untersuchung:		Datum:		Ergebnis		
Letzte Mammographie:		Datum:		Ergebnis		
Letzte Knochendichte:		Datum:		Ergebnis		
HPV-Impfung:		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder Thrombosen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
VERWANDTSCHAFTSGRAD	ERKRANKUNG	ERKRANKUNGSALTER	WO (OPTIONAL)
Bisherige Operationen			
Jahr/Alter	EINGRIFF	WO	BESONDERHEITEN
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?			
Zuckerkrankheit: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnung: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			Epilepsie: ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüse: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			Thrombose: ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/>
Migräne mit Aura: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	HIV/Hepatitis: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Andere: _____			
Sind bei Ihnen Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wieviele Zigaretten pro Tag?
Nehmen Sie Medikamente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
MEDIKAMENT	FRÜH / MITTAGS / ABENDS	SEIT WANN?	

Ich erkläre, dass ich obige Angaben nach bestem Wissen, auf freiwilliger Basis gemacht habe.

Ich wurde informiert, dass alle Laboruntersuchungen vom Labor in Vöcklabruck und deren Partnerlabore sowie alle HPV,- und Vorsorgeabstriche und histologische Proben von Dr. Soleiman in Hall/Tirol befundet werden.

Die Dauer der Ausarbeitung sowie die Qualität der Befunde obliegt den obigen Partnern.

Befunde werden nur bei Relevanz durch uns mitgeteilt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ggf. Befunde an mich per E-Mail/Post bzw. per SMS versendet werden.

ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass relevante Befunde von anderen Ärzten und Krankenanstalten angefordert werden dürfen.

ja nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass ggf. Rezepte an Apotheken per Mail oder per Post weitergeleitet werden.

ja nein

Ich habe den Aushang in der Ordination zum Datenschutz gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Patientin
