

Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Catherine Ruth
Naturheilverfahren
Dr.med. J. Fischer-Thalacker
Homöopathie



Gerhard-Rohlf's-Straße 46
28757 Bremen-Vegesack
Tel.: 652666
Fax: 650003

Fragebogen zur Vorgeschichte

Anamnese

Herzlich Willkommen in unseren Sprechstunden.

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Sie umfassend beraten und behandeln zu können. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen natürlich der **ärztlichen Schweigepflicht**. Eine Information über unseren Umgang mit Ihren Daten nach DSGVO erhalten Sie gesondert.

Offene Fragen und Anliegen können wir dann sicher im gemeinsamen Gespräch klären.

Name, Vorname :

Anschrift :

Telefon :

Handy :

e-mail :

Fax :

Hausarzt/ärztin :

Geburtsdatum :

Familienstand :

Beruf/Ausbildung :

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

Bisherige **Fehlgeburten/Abbrüche** (Jahr, Schwangerschaftsmonat):

Derzeitige **Verhütung** :

Sportliche Aktivitäten :

Alter der 1. Regelblutung (Lebensjahr) :

Alter der letzten Regelblutung (Lebensjahr) :

Kinderkrankheiten :

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

bitte wenden →

Operationen (wann, was ?) :

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

- Bluthochdruck Herzerkrankung Diabetes mellitus Schilddrüsenerkrankung
 Asthma Thrombosen/Embolien/Schlaganfall Osteoporose 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 Thrombosen/Embolien
 Behinderungen, welche ?
 Osteoporose Krebserkrankungen, welche, bei wem, Alter ?

Ganzheitliche Medizin :

Ich habe Interesse an die Schulmedizin ergänzenden Heilverfahren wie

Naturheilverfahren: Ja Nein Weiß nicht

Homöopathie: Ja Nein Weiß nicht

Terminreminderung/Recall :

Ich möchte an Kontrolltermine wie die Krebsvorsorge und andere wichtige Termine erinnert werden und kann dies jederzeit widerrufen : Ja Nein

Wenn ja, dann mittels : SMS e-mail Telefon Brief Handy Fax

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 :

Nein, ich wünsche keine Befundübermittlung.

Ja, ich wünsche eine automatische Befundübermittlung.

Datum und Unterschrift

Vielen Dank für ihre Mitarbeit !