

— FRAUENARZT IN HANDEWITT —  
**ALEXANDER WAGNER**

## ANAMNESEBOGEN

---

### ANGABEN ZUR PERSON

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Hausärztin/arzt: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Was ist der Anlass Ihres aktuellen Besuchs? \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Leiden Sie unter bestimmten Vorerkrankungen (z. B. Thrombose, Bluthochdruck, Diabetes usw.)?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Hormone? ☐ Nein ☐ Ja, Folgende:

---

---

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja, welche: \_\_\_\_\_

Bisher durchgeführte Operationen:

---

---

Chemotherapie/Bestrahlung: \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Magen- / Darmspiegelung? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Gibt es bei Ihren Verwandten (Eltern/Geschwister/Großeltern) bestimmte Erkrankungen?

---

---

Krebserkrankungen in der Familie (in welchem Alter)? \_\_\_\_\_

---

---



— FRAUENARZT IN HANDEWITT —

# ALEXANDER WAGNER

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Wann war Ihr letzter PAP/HPV-Abstrich? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Mammographie? \_\_\_\_\_

Erste Periode mit \_\_\_\_ Jahren

Beginn der letzten Periode? \_\_\_\_\_ Zykluslänge: \_\_\_\_ Tage; Dauer der Blutung \_\_\_\_ Tage

Beschwerden während Ihrer Regelblutung? ☐ Nein ☐ Ja, Folgende: \_\_\_\_\_

Wie verhüten Sie? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch? ☐ Nein ☐ Ja, seit: \_\_\_\_\_

Geburten: Anzahl: \_\_\_\_ Davon per Kaiserschnitt: \_\_\_\_ Mit Saugglocke/Zange: \_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt? ☐ Nein ☐ Ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fehlgeburten: \_\_\_\_ Abbrüche: \_\_\_\_ Eileiterschwangerschaften: \_\_\_\_

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Google ☐ Website ☐ Instagram ☐ Empfehlung durch Familie/Freunde

## DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNG

Ich willige ein, dass die Frauenarztpraxis Alexander Wagner meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Befunde und Abrechnungsdaten) zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a und lit. b DSGVO erhebt, speichert und verarbeitet. Ich bin darüber informiert, dass diese Daten ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Behandlung verwendet werden und ggf. an mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, Labore oder Abrechnungsstellen weitergegeben werden dürfen, soweit dies für die Behandlung oder Abrechnung erforderlich ist. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf kann schriftlich, per E-Mail oder mündlich in der Praxis erfolgen. Mir ist bekannt, dass der Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis mich bei Bedarf telefonisch, per E-Mail oder per Post zur Terminvereinbarung oder Befundmitteilung kontaktieren darf.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

ggf. gesetzlicher Vertreter/in \_\_\_\_\_

