



Privatärztliche Praxis für Frauenheilkunde  
Dr. med. Victoria Haberl

## Anamnesebogen:

Liebe Patientin,

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in Ihren Gesundheitsfragen und möchte Ihnen helfen gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Mein Wunsch ist es, meine Patientinnen durch alle Lebensphasen mit ihren spezifischen Anliegen, zu begleiten.

Ein Schwerpunkt meiner ärztlichen Tätigkeit liegt daher auf der ganzheitlichen Betrachtung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens. Ich bitte Sie die nachfolgenden Fragen in Ruhe zu beantworten.

Sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen oder können, lassen Sie sie einfach offen.

Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden.

Name:	Tel. mobil:
Vorname:	Tel. privat:
Straße, Nr.:	Tel. tagsüber:
Postleitzahl	Beruf:
Wohnort:	Arbeitgeber:
Name der Versicherung:	

Bei mitversicherten Patientinnen: Name, Vorname, Geburtsdatum und Tel. des Hauptversicherten:

Größe: \_\_\_\_\_ cm,    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg,    Nikotin: \_\_\_\_\_ Zig./Tag,    Alkohol: \_\_\_\_\_

### **Eigene Erkrankungen:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                              | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Eisenmangel     |
| <input type="checkbox"/> Thrombose, Embolie                         | <input type="checkbox"/> Migräne         | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche? _____                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung, welcher Art? _____ |  |  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen, welche Art? _____       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankungen? _____              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen? _____               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Unfälle Traumata? _____                    |  |  |

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_, bei wem? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie?  nein,     ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_

### **Operationen:**

Datum	Eingriff	Klinik	Besonderheiten/Komplikationen

**Fragen zur Periodenblutung:**

Erste Periodenblutung (Alter): \_\_\_\_\_

Die Periodenblutungen kommen:  regelmäßig,  unregelmäßig: \_\_\_\_\_

Die Periodenblutungen sind:  stark,  normal,  schwach, Dauer: \_\_\_\_\_ Tage

Schmerzen bei der Blutung:  keine,  manchmal,  immer

Die Schmerzen sind:  leicht,  mittel,  stark,  sehr stark,

Sonstige Blutungsstörungen: \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Periodenblutung?: \_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme:** (bitte geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel und Vitaminpräparate an)

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

Pille seit: \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_,  Spirale seit: \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Kinderwunsch-Therapie? \_\_\_\_\_

**Entbindungen:**

**Fehlgeburten:**

Datum	Geburtsmodus	Besonderheiten

Datum	Schwangerschaftswoche/ Besonderheiten

**Erkrankungen in der Familie:** (Eltern, Geschwister, Tante, Onkel)

Herzinfarkt, Schlaganfall, bei wem? \_\_\_\_\_

Thrombose, Embolie, bei wem? \_\_\_\_\_

Seelische Erkrankungen? Bei wem? \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen, bei wem? Welche Art? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen in der Familie, bei wem? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Interesse** an naturheilkundlich /homöopathisch / anthroposophisch erweiterten  
Therapiemöglichkeiten:  JA  Nein

**Hier ist noch ein wenig Platz für besondere Anliegen oder Wünsche:**

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Arzt, Internet, Empfehlung) \_\_\_\_\_

Falls Sie an unserem **Recall- System** (jährliche Erinnerung an die fällige Krebsvorsorge über Doctolib per SMS)  
teilnehmen möchten, sprechen Sie uns gerne an, dann veranlassen wir diesen Service für Sie.

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**

München, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift)