
Anamnese, Adressaten, Auskunft (FB-Patienten-Fragebogen)

(Barcode-Etikett)

Sehr geehrte Patientin,
herzlich willkommen in der LMU-Frauenklinik!

Täglich werden in den verschiedenen Sprechstunden unserer Klinik über 250 Patientinnen behandelt. Neben geplanten Terminen decken wir mit unserem Team die Behandlung von Notfällen sowie gynäkologische und geburtshilfliche Fragestellungen (Konsile) aus dem gesamten LMU-Klinikum ab.

Unser Ziel ist, für Sie die medizinisch und menschlich beste Behandlung zu gewährleisten. Gleichzeitig bemühen wir uns, die Wartezeit für die einzelne Patientin so kurz wie möglich zu halten. Allerdings gibt es immer wieder unerwartet hohen Andrang in unseren Sprechstunden oder ungeplant zeitaufwendige Gespräche und Untersuchungen, sodass Wartezeiten nicht immer vermieden werden können.

Da nicht alle Patientinnen auf die gleiche Sprechstunde warten, kann es sein, dass Patientinnen, die nach Ihnen kommen, vor Ihnen aufgerufen werden. Außerdem kann es sein, dass im Ausnahmefall dringliche Fälle vorgezogen werden müssen.

Um die Untersuchung und das ärztliche Gespräch mit Ihnen so effektiv wie möglich zu gestalten und so die Wartezeit zu reduzieren, haben wir folgende Bitten an Sie:

- Falls Sie für Ihre Vorstellung relevante Befunde dabei haben, geben Sie diese bitte am Pflegestützpunkt ab.
- Bitte geben Sie mitgebrachte QR-Codes, CDs oder andere Datenträger mit Röntgen/CT/MRT-Bildern ebenfalls am Pflegestützpunkt ab, damit diese eingelesen werden können.
- Falls Sie nicht Deutsch oder Englisch sprechen, bringen Sie bitte unbedingt einen Dolmetscher oder jemanden zum Übersetzen mit. Eine OP-Aufklärung ist beispielsweise sonst nicht möglich.
- Bitte vereinbaren Sie für jeden einzelnen Besuch in unserer Ambulanz einen Termin – auch für Laborkontrollen – um unnötige Wartezeiten zu vermeiden.
- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus.

Mit den besten Wünschen aus der Universitätsfrauenklinik



Prof. Dr. med. Sven Mahner
Direktor der Klinik

Anamnese, Adressaten, Auskunft (FB-Patienten-Fragebogen)



Sehr geehrte Patientin,

um Ihren Besuch bei uns effektiv zu gestalten und uns mehr Zeit für das Gespräch mit Ihnen nehmen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen:

Einweisende Ärztin/einweisender Arzt

Name	Telefon	Auskunft / Zusendung Unterlagen
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere extern mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Name	Telefon	Auskunft / Zusendung Unterlagen
ggfs. Frauenarzt (wenn nicht Einweiser):		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggfs. Hausarzt:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggfs. Mammographiescreening-Zentrum:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bezüglich meiner Erkrankung dürfen folgende Personen Auskunft über mich erhalten:

Name	Telefon	Auskunft
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Im Falle einer Operation bitte danach folgende Person anrufen:

Name	Telefon	Auskunft
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anamnese, Adressaten, Auskunft (FB-Patienten-Fragebogen)

Ich bin folgendermaßen zu erreichen:

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

1. Fragen zur medizinischen Vorgeschichte

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Sind Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt wie:

- Ja Nein **Bluthochdruck**
- Ja Nein **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)**
- Ja Nein **Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern)**
- Ja Nein **Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, COPD)**
- Ja Nein **Schilddrüsenerkrankungen**
- Ja Nein **Nervenkrankheiten**
- Ja Nein **Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen, Schlaganfall)**
- Ja Nein **Blutgerinnungsstörungen (z. B. Neigung zu blauen Flecken, etc.)**
- Ja Nein **Erkrankungen des Skelettsystems**
- Ja Nein **Nieren-/Harnwegserkrankungen**
- Ja Nein **Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis)**
- Ja Nein **sonstige Erkrankungen:** _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	gegen Medikamente: _____
		gegen sonstiges: _____

Art der allergischen Reaktion (z. B. Hautausschlag, Atemnot, als Zufallsbefund bei Allergietest aufgefallen, etc.):		
Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Anamnese, Adressaten, Auskunft (FB-Patienten-Fragebogen)

Welche Medikamente nehmen Sie ein, in welcher Dosis und um welche Tageszeit?
(z. B. 10 mg morgens und 5 mg abends)

Medikament	Dosis	Einnahmezeit

Medikament	Dosis	Einnahmezeit

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein
(z. B. ASS, Marcumar®, ...)

Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, wann und warum?

Datum	Operation	Krankenhaus

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wie schwer sind Sie? _____ kg

Rauchen Sie? Nein, ich habe nie geraucht.
 Ja, durchschnittlich _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren.
 Nicht mehr. Ich habe zuletzt im Jahre _____ geraucht und
 insgesamt _____ Jahre lang durchschnittlich _____ Zigaretten pro Tag geraucht.

Anamnese, Adressaten, Auskunft (FB-Patienten-Fragebogen)

2. Gynäkologische Anamnese

Wann war der erste Blutungstag Ihrer letzten Regelblutung? am: _____ (bzw. Jahr)

Zykluslänge (1. Tag der Blutung bis 1. Tag der nächsten Blutung) _____ Tage

Wie viele Tage dauert die Regelblutung? _____ Tage

Gab es Zyklusauffälligkeiten? _____

Sind Sie aktuell schwanger?

nein

ja:

Wurde in dieser Schwangerschaft schon einmal eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt? Ja Nein

Konnte man die Schwangerschaft bei der Ultraschalluntersuchung bereits in der Gebärmutter sehen? Ja Nein

Wurde in dieser Schwangerschaft schon einmal ein Herzschlag im Ultraschall gesehen? Ja Nein

Welcher Geburtstermin wurde auf Basis der Ultraschalluntersuchung berechnet?

Wie oft waren sie bisher schwanger? _____ mal; davon:

Vaginale Geburten: _____ Fehlgeburten/Abbrüche: _____

Kaiserschnitte: _____ Eileiterschwangerschaften: _____

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung mit Abstrich? _____

Ergebnis/Befund unauffällig auffällig: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt?

nein

ja:

an folgendem Datum: _____

in folgender Einrichtung: _____

Ergebnis/Befund: unauffällig auffällig

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?

nein

ja:

Verwandter (ggfs. mütterl./väterl. Seite)	Art der Krebserkrankung	Alter bei Erstdiagnose

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

