

## Ausfüll-Tipp

Nutzen Sie die komfortable Möglichkeit dieses PDF-Dokument digital an Ihrem PC oder Mac auszufüllen und zu unterzeichnen. Wie Sie Ihre digitale Unterschrift erstellen, haben wir Ihnen nachfolgend zusammengefasst.

Sollten Sie hiermit Probleme haben, drucken Sie das ausgefüllte PDF-Dokument bitte aus und unterzeichnen Sie es an der gekennzeichneten Position. Im Anschluss daran scannen Sie bitte alle Seiten und senden Sie uns den Anamnesebogen per E-Mail an [praxis@frauenarztpraxis-jayme-ising.de](mailto:praxis@frauenarztpraxis-jayme-ising.de) oder fotografieren Sie alle Seiten mit Ihrem Smartphone und senden Sie uns diese Fotos.

## Ausfüll-Hilfe - PDF-Dokumente unterzeichnen

### Schritt 1

Öffnen Sie das digital zu unterzeichnende PDF-Dokument mit der kostenlosen Software Adobe Acrobat Reader und scrollen Sie an die Stelle, an welcher Ihre Unterschrift platziert werden soll.

### Schritt 2

Klicken Sie auf das Symbol „Signieren“ in der Werkzeugleiste. Alternativ können Sie die Funktion über das Menü Anzeige > Werkzeuge > Ausfüllen und unterschreiben > Öffnen starten oder Ausfüllen und unterschreiben in der rechten Seitenleiste auswählen.

### Schritt 3

Das Werkzeug „Ausfüllen und unterschreiben“ bzw. „Selbst signieren“ wird angezeigt. Klicken Sie auf die Schaltfläche und wählen Sie die Option → „Unterschrift hinzufügen“.

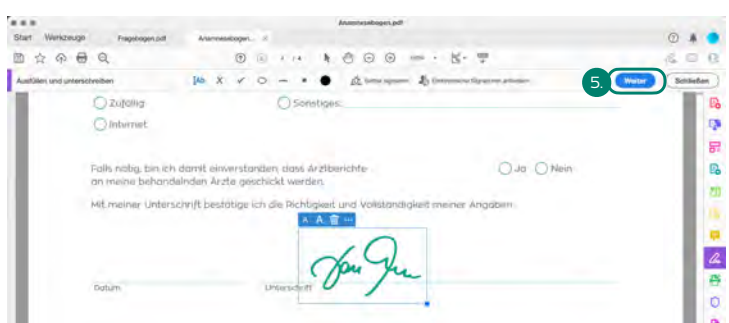
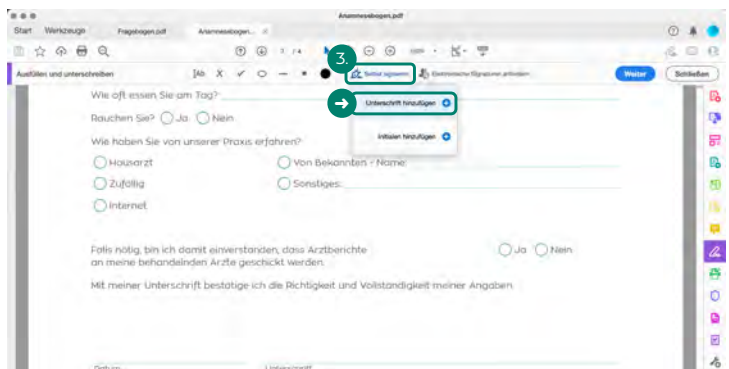
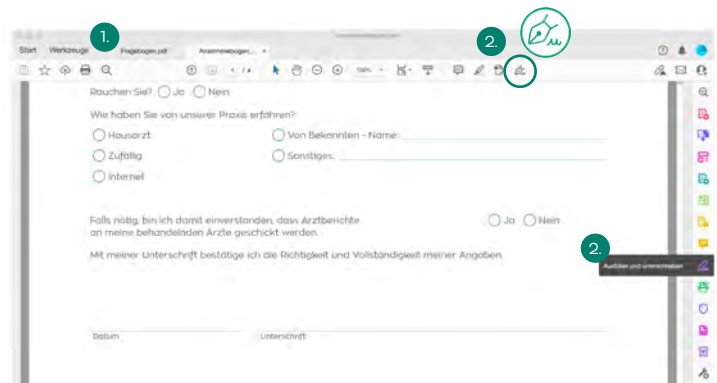
### Schritt 4

Das Signaturbedienfeld wird angezeigt, in welchem Sie die Option „Zeichnen“ auswählen und Ihre Unterschrift in das dafür vorgesehene Feld zeichnen. Klicken Sie auf „Anwenden“ und dann auf die Position im PDF, an der die Unterschrift eingefügt werden soll.

Um die bereits platzierte Unterschrift zu verschieben, klicken Sie auf das Feld, um es zu markieren, und verwenden Sie dann die Pfeiltasten. Um das Feld zu skalieren oder zu löschen, verwenden Sie die Optionen in der Werkzeugleiste im Feld.

### Schritt 5

Nachdem Sie Ihre Unterschrift erfolgreich platziert haben, klicken Sie bitte die Schaltfläche „Weiter“. Wählen Sie die Option „Als schreibgeschützte Kopie speichern“ aus und senden uns dieses PDF-Dokument per E-Mail an [praxis@frauenarztpraxis-jayme-ising.de](mailto:praxis@frauenarztpraxis-jayme-ising.de) zu.



# Anmelde- und Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen wenn möglich **ca. 14 Tage vor dem vereinbarten Termin** aus und senden ihn zurück an die Frauenarztpraxis Dr. Karin Jayme-Ising, Frankfurter Straße 3, 64293 Darmstadt oder an die E-Mail-Adresse [praxis@frauenarztpraxis-jayme-ising.de](mailto:praxis@frauenarztpraxis-jayme-ising.de) oder per FAX an die 0 61 51 / 201 08.

Der Fragebogen ist lang, aber notwendig, um uns gut vorbereiten zu können. Falls Sie Befunde von Untersuchungen zu Hause haben, fügen Sie diese bitte in Kopie dem Anamnesebogen hinzu.

## Kontaktdaten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Straße + Hausnummer		PLZ + Ort
_____	_____	
Beruf	E-Mail	
_____	_____	_____
Telefon - Privat	Telefon - mobil	Telefon - Arbeit
_____	_____	_____
Krankenkasse	Hausarzt	Telefon - Hausarzt

Welche Probleme führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert Ihr Zyklus?  24 T  26 T  28 T  30 T  32 T  unregelmäßig  kürzer  länger

Wie lange dauert die Blutung? \_\_\_\_ Tage

Haben Sie Zwischenblutung?  Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen während der Blutung?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie vor der Menstruation Stimmungsschwankungen?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Wie erleben Sie ihre Blutung? \_\_\_\_\_

## Anmelde- und Anamnesebogen

Leiden Sie unter Brustschmerzen?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Anzahl und Geburtsjahre Ihrer Geburten? natürliche Geburt(en) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Anzahl Geburtsjahr(e)

Kaiserschnitt(e) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Zange/Saugglocke \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Anzahl Geburtsjahr(e) Anzahl Geburtsjahr(e)

Gab es während der Schwangerschaft(en) oder Geburt(en) Komplikationen?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahre Ihrer Fehlgeburten? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Anzahl Jahr(e)

Anzahl und Jahre Ihrer Eileiterschwangerschaften? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  links  rechts  
Anzahl Jahr(e)

Anzahl und Jahre Ihrer Schwangerschaftsabbrüche? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Anzahl Jahr(e)

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?  Ja  Nein

Wann und welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie andere Operationen?  Ja  Nein

Wann und welche? \_\_\_\_\_

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt?  Ja  Nein

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wann wurde die/der letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?  Ja Wann? \_\_\_\_\_  Nein

Mit welcher Methode verhüten Sie?

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine                         | <input type="radio"/> Pille, Pillename: _____         | <input type="radio"/> Kondom        |
| <input type="radio"/> Verhütungsstäbchen (Implanon) | <input type="radio"/> Hormonspirale (Mirena, Jaydess) | <input type="radio"/> Kupferspirale |
| <input type="radio"/> Sterilisation                 | <input type="radio"/> Sterilisation des Partners      | <input type="radio"/> Nuvaring      |
| <input type="radio"/> 3-Monats-Spritze              | <input type="radio"/> Pflaster                        |                                     |

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone ein?  Ja  Nein

Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

# Anmelde- und Anamnesebogen



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Thrombose               | <input type="radio"/> Schlaganfall      |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt       | <input type="radio"/> Krampfadern             | <input type="radio"/> Migräne           |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck     | <input type="radio"/> Lebererkrankung         | <input type="radio"/> Nierenerkrankung  |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Epilepsie               | <input type="radio"/> Osteoporose       |
| <input type="radio"/> Hormonstörung     | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="radio"/> Hepatitis         |
| <input type="radio"/> Arthrose          | <input type="radio"/> Harninkontinenz         | <input type="radio"/> Gemütskrankung    |
| <input type="radio"/> HIV               | <input type="radio"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="radio"/> Krebserkrankungen |
| <input type="radio"/> Asthma/COPD       | <input type="radio"/> Corona (COVID-19)       | <input type="radio"/> Brustbefunde      |
| <input type="radio"/> Sonstige _____    |   |   |

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied? \_\_\_\_\_

In welchem Alter aufgetreten? \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, sowohl geistiger als auch körperlicher Art?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

Wenn ja, was und wie oft: \_\_\_\_\_

Wie oft essen Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- |                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Hausarzt | <input type="radio"/> Internet         | <input type="radio"/> Von Bekannten - Name: _____ |
| <input type="radio"/> Zufällig | <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |   |

Falls nötig, bin ich damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden.  Ja  Nein

**Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Frauenärztin ihre Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann?**  
Weder Frauenärztin noch das Praxisteam sind in dieser Zeit beschäftigt, denn wir alle waren auf Ihren Besuch eingestellt.  
**Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt nach Möglichkeit 48 Stunden vorher) abzusagen.** Sie erweisen uns und anderen Patienten damit einen großen Gefallen.  
Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr zusagen. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift