

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: _____ **Vorname:** _____

Adresse: _____

geb. am: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonisch erreichbar: privat: _____ dienstlich: _____

Handy: _____

Email: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit _____ Jahren

keine Regel (Periode) mehr seit _____

Ist (war) die Periode regelmäßig? ja, alle _____ Tage

nein

Wann war der 1. Tag der letzten Periode? _____

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte Impfung?

Hepatitis A _____ Hepatitis B _____

Tetanus _____ Diphtherie _____

Polio _____ Tuberkulose _____

HPV _____ Keuchhusten _____

Masern, Mumps, Röteln (MMR) _____

Sonstige (Grippe, Influenza) _____

Wann war die **letzte gyn. Untersuchung?** _____

Wann war die **letzte Krebsvorsorge?** _____

Wann war die **letzte Mammographie/Sonographie?** _____

Haben Sie derzeit Beschwerden?

nein ja, welche _____

Verhütungsmethoden, die bisher angewandt wurden:

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monatsspritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode	von	bis

eigene Erkrankungen:

Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad: (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)

allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm)

Datum	Art des Eingriffs

gynäkologische Operationen:

Datum	Art des Eingriffs

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften

Datum	Fehlgeburt(ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiterschwangerschaft/Seite rechts/links angeben

Besteht bei Ihnen **derzeit Kinderwunsch**?

ja, seit nein

Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**, oder vermuten Sie, schwanger zu sein?

ja nein

Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktionen auf folgende Stoffe (z. B. Penicillin, Jod)

nein
 ja, auf

Konsum von:
(ankreuzen)

	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum:

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam