

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